

SET INFORMATIVO

Mod. 160 25 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. "PLUS"

- Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025

COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS"

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA (SEZIONE I) E PER LA CONDANNA IN SOLIDO (SEZIONE II) DEL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il presente SET INFORMATIVO è formato da:

1. **DIP DANNI** (*Documento Informativo Precontrattuale*)
2. **DIP AGGIUNTIVO DANNI** (*Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo*)
3. **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE** comprensive del **GLOSSARIO**
4. **FACSIMILE MODULO DI PROPOSTA** in allegato alle **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**
5. **FACSIMILE SCHEDA DI POLIZZA** in allegato alle **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

Il presente documento include inoltre:

6. **INFORMATIVA PRIVACY**

AVVERTENZA:

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

Con servizio di Consulenza legale telefonica,
tramite il numero verde 800.84.90.90
(Da lunedì a venerdì, dalle 8:00 alle 18:00)

Mod. 160 25 Set Informativo COLPA GRAVE MEDICA S.S.N. PLUS- Ed. 21.02.2025

Assicurazione per la Responsabilità Civile “Colpa Grave Medica” del Personale delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Berkshire Hathaway International Insurance Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto: COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. “PLUS” – Polizza Individuale

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Il Prodotto denominato "Contratto di Assicurazione Responsabilità Civile Colpa Grave Medica" è un'assicurazione nella forma "*claims made*" che copre la responsabilità per colpa grave dell'assicurato. Il contratto è rivolto a tutto il personale dipendente e non dipendente che esercita la professione sanitaria a qualsiasi titolo nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e/o il personale dipendente di Enti Pubblici.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Responsabilità civile per colpa grave medica:** si tiene indenne l'assicurato per le azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna per Colpa Grave emessa dalla Corte dei Conti e passata in giudicato ovvero per ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi inclusi i pazienti in tutti i casi in cui le richieste di risarcimento generino una sentenza al risarcimento per Colpa Grave a titolo di responsabilità erariale avanti la Corte dei Conti
- ✓ L'assicurazione è estesa anche in occasione di Interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve
- ✓ **Condanna in solido con l'azienda sanitaria e/o sociosanitaria di appartenenza:** indennizzano le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria con la quale l'azienda sanitaria e/o sociosanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'azienda sanitaria e/o sociosanitaria di appartenenza e lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti
- ✓ L'assicurazione è prestata nella forma "*claims made*" ossia è resa attiva solo allorché la richiesta di risarcimento, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per iscritto per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non oltre i 10 anni antecedenti la data di effetto della polizza. Tuttavia, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un periodo di retroattività illimitata previa applicazione e pagamento di un sovra-premio pari al 10% del premio annuale previsto per la categoria di appartenenza.
- ✓ La Compagnia assicura, con garanzia accessoria, il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale per tutelare i diritti dell'Assicurato nell'ambito della attività dichiarata in Polizza. **La garanzia accessoria di tutela legale è valida nei limiti del Massimale indicato in Polizza e alle seguenti condizioni, quando l'Assicurato:** deve difendersi per Responsabilità amministrativa, contabile e giudizio di conto per danno erariale in procedimenti instaurati avanti la Corte dei Conti;
la garanzia interviene solo ed esclusivamente in caso di condanna per colpa grave dell'Assicurato con provvedimento definitivo non più impugnabile



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Attività non rientranti nell'ambito delle prestazioni a carico del Servizio Sanitario Nazionale
- ✗ Sono considerati fatti noti e quindi non coperti dalla presente Polizza tutte le Richieste di Risarcimento già notificate e/o a conoscenza dell'Assicurato
- ✗ Le perdite che eccedono i Massimali pattuiti
- ✗ Azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo
- ✗ Attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso

- ✗ Fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'albo professionale o licenziato per giusta causa
- ✗ Danni che siano imputabili all'assenza del consenso informato in caso di interventi chirurgici, ove tale consenso informato sia obbligatorio per Legge
- ✗ Danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato
- ✗ Danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato
- ✗ Danni derivanti da ingiuria o diffamazione, da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali e similari violazioni dei diritti della persona
- ✗ Danni alle cose mobili e immobili che l'assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'assicurato è medico veterinario
- ✗ Perdite o danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio
- ✗ Danni riconducibili a proprietà, possesso, circolazione di veicoli a motore, utilizzo di natanti a motore o aeromobili
- ✗ Conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso ed accidentale
- ✗ Danni e perdite connessi ad amianto o muffe tossiche
- ✗ Danni riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'esercente la Professione Sanitaria, per il quale resta fermo l'obbligo di contrarre polizza assicurativa di Responsabilità Civile
- ✗ Danni connessi all'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale; sono tuttavia compresi tali danni di natura patrimoniale, sempre ed esclusivamente in caso di condanna per Colpa Grave, solo per quelle professioni sanitarie che pur esercitando in via prioritaria l'attività medica, possono avere mansioni di carattere amministrativo e organizzativo quali ad esempio i primari ospedalieri direttori di struttura
- ✗ Sanzioni Internazionali
- ✗ I sinistri denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del periodo di assicurazione, salvo la tolleranza di 30 (trenta) giorni;
- ✗ Sono escluse dalla garanzia le vertenze legali riguardanti: danni subiti in conseguenza di disastro ecologico, atomico, radioattivo; fatti conseguenti a eventi bellici, atti di terrorismo, tumulti popolari, scioperi e serrate; attività connesse al settore nucleare, a danni nucleari o genetici causati dall'Assicurato, ad eccezione dei sinistri conseguenti a trattamenti medici; fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme; fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento dell'ambiente; attività di trattamento o smaltimento dei rifiuti;



Ci sono limiti di copertura?

- ! Il massimale per sinistro o sinistro in serie è quello previsto per Legge: tre volte il valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale, conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo.
- ! Resta inteso che in ogni caso il limite di risarcimento non potrà superare, a seconda dell'opzione scelta nel modulo di proposta, l'importo di € 5.000.000,00/3.000.000,00/1.500.000,00 per la colpa grave medica e di € 2.000.000,00 per la condanna in solido.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'Assicurazione vale per le Richieste di Risarcimento originate da fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi paese del mondo, su incarico dell'azienda sanitaria di appartenenza, esclusi Stati Uniti d'America, Canada e territori sotto la loro giurisdizione. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese risarcitorie dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia, San Marino e la Città del Vaticano.
- ✓ L'Assicuratore pertanto non è obbligato per richieste di risarcimento fatte valere in Paesi diversi dall'Italia, San Marino e la Città del Vaticano salvo nei casi di delibazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.



Che obblighi ho?

- L'obbligo, in sede di perfezionamento della Polizza, di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare nel corso del contratto i cambiamenti che comportano aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'assicurazione.
- In caso di sinistro, è fatto obbligo all'Assicurato denunciare, entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, qualsiasi comunicazione ricevuta in forma certa, nonché:
 - Qualsiasi comportamento colposo posto in essere notificato in forma certa;
 - Qualsiasi comunicazione ricevuta dalla quale possa derivare un sinistro risarcibile da questa assicurazione.



Quanto e come devo pagare?

Il Premio ha periodicità annuale e deve essere pagato al momento della sottoscrizione del contratto tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico.

Il Premio è comprensivo delle imposte ed è interamente dovuto per tutta la durata del contratto.

L'intermediario indicato nella Scheda di Polizza è autorizzato dalla Compagnia ad incassare i premi riferiti alla presente Polizza.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La presente Polizza ha durata 12 (dodici) mesi con tacito rinnovo, con effetto dalle ore e dal giorno indicato nella Scheda di Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati versati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento. In caso di mancato pagamento delle rate successive di Premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza.

In caso di mancato invio di una comunicazione scritta in merito alla volontà di disdire la copertura assicurativa comprovata dalla Scheda di Polizza, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza da parte dell'Assicurato, la Scheda di Polizza si intende tacitamente rinnovata di un anno e così successivamente, fermo quanto riportato all'Art. 12.



Come posso disdire la polizza?

Tramite invio di una comunicazione scritta in merito alla volontà di disdire la copertura assicurativa, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti, spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza da parte dell'Assicurato.

Nel caso di recesso da parte degli Assicuratori, questi, entro 15 (quindici) giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsano all'Assicurato la frazione del premio relativa al periodo di rischio non corso, esclusi gli oneri fiscali.

Assicurazione per la Responsabilità Civile "Colpa Grave Medica" del Personale delle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale

BHItalia®
Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

Berkshire Hathaway International Insurance Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia
Prodotto: Colpa Grave Medica – S.S.N. "Plus"

Data di realizzazione: 21/02/2025, il DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Il presente Contratto viene stipulato con **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** (in seguito definita "**BHItalia®**"); Berkshire Hathaway International Insurance Limited è una società appartenente al **Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway**.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited ha Sede Legale e Direzione Generale nel REGNO UNITO, 4th Floor, 8 Fenchurch Place London, EC3M 4AJ ed è registrata in Inghilterra e Galles con il N. 3230337.

BHItalia® è il marchio registrato della sede secondaria italiana di **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** con cui sarà concluso il Contratto, con Sede Legale e Direzione Generale in Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI), Italia.

BHItalia® opera sul territorio della Repubblica Italiana in regime di stabilimento, per cui il rappresentante per la gestione dei sinistri è la stessa Rappresentanza Generale per l'Italia dell'Impresa.

Recapiti di **BHItalia®**: telefono +39 02 49524986, fax +39 02 49524987, sito internet: www.bh-italia.com, indirizzo di posta elettronica: direzione@bh-italia.com (Posta Elettronica Certificata: bh-italia@legalmail.it).

BHItalia® è autorizzata con provvedimento IVASS Prot. N° 0100063/21 del 11.05.2021, è iscritta in data 11 maggio 2021 con N° 2.00005 nella Sezione II dell'Albo Imprese di cui all'art. 35 del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, codice IVASS Impresa X501R. **BHItalia®** opera in Italia in regime di stabilimento ai sensi degli articoli 1, lettera (f) e 28 del D. Lgs. N° 209 del 7.9.2005, nonché ai sensi del Regolamento ISVAP N° 10 del 2.1.2008, Titolo III, e successive modifiche e integrazioni attraverso la propria Rappresentanza Generale in Italia, avente Sede in Corso Italia, 13 - 20122 Milano (MI).

BHItalia® è sottoposta al controllo dell'Autorità di Vigilanza della Repubblica Italiana IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Berkshire Hathaway International Insurance Limited è sottoposta al controllo delle Autorità di Vigilanza del Regno Unito preposte alla regolamentazione dei servizi finanziari, autorizzata dalla Prudential Regulation Authority (PRA) e regolata dalla Financial Conduct Authority (FCA) e Prudential Regulation Authority, N. di riferimento PRA/FCA 202967

Queste informazioni possono essere verificate rispettivamente sui siti internet della Prudential Regulation Authority (www.bankofengland.co.uk/PRA/Pages/default.aspx) della Financial Conduct Authority (www.fca.org.uk) e dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni (www.ivass.it).

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato (al 31 Dicembre 2023) di **BHItalia®** è di 82,63 milioni di Euro.

L'importo del Requisito Patrimoniale di Solvibilità (SCR) di **BHItalia®** è di 35,96 milioni di Euro, l'importo del Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è di 8,99 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 81,03 milioni di Euro. Il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio), che rappresenta il rapporto tra l'importo dei fondi propri ammissibili alla copertura e il requisito patrimoniale di solvibilità, è del 225,3%.

L'ammontare del patrimonio netto rilevabile dall'ultimo bilancio approvato (al 31 Dicembre 2023) di Berkshire Hathaway International Insurance Limited è di 540,17 milioni di Euro, formato da un capitale sociale di 392,27 milioni di Euro e da riserve patrimoniali di 147,90 milioni di Euro. Il tasso di cambio utilizzato per la conversione valutaria degli importi di bilancio da Dollari USA ad Euro è pari a EUR 1 = US\$ 1,10381 (tasso di cambio al 31 Dicembre 2023).

L'importo del requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) è di 125,28 milioni di Euro, l'importo del requisito patrimoniale minimo (MCR) è di 31,32 milioni di Euro e l'importo dei fondi propri ammissibili alla loro copertura è di 592,31 milioni di Euro. Il valore dell'indice di solvibilità (solvency ratio) dell'impresa, che rappresenta il rapporto tra l'importo dei fondi propri ammissibili alla copertura e il requisito patrimoniale di solvibilità, è del 472,8%.

Il patrimonio netto e l'indice di solvibilità sono calcolati applicando i criteri contabili FRS n. 102 e n. 103 applicabili nel Regno Unito e nella Repubblica d'Irlanda, nonché le disposizioni della Sezione 396 del Companies Act 2006.

La capogruppo di **Berkshire Hathaway International Insurance Limited**, la società controllante nonché la società che governa l'intero gruppo di imprese per il quale sono redatti i bilanci e del quale **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** fa parte, è la **Berkshire Hathaway Inc.**, con sede negli Stati Uniti d'America.

La società controllante che governa il più ristretto gruppo di imprese per il quale sono redatti i bilanci e del quale **Berkshire Hathaway International Insurance Limited** fa parte, è la **National Indemnity Company**, società con sede nello Stato del Nebraska (Stati Uniti d'America).

I bilanci consolidati delle suddette società sono pubblicati e possono essere richiesti presso l'indirizzo 1140 Kiewit Plaza, Omaha - Nebraska 68131 - USA, oppure possono essere scaricati dai siti internet delle due società, ai seguenti indirizzi:

www.berkshirehathaway.com

www.nationalindemnity.com

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Ad Integrazione di quanto già riportato nel DIP base:

RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA

- ✓ L'Assicurazione tiene indenne l'Assicurato per le azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna per Colpa Grave ovvero di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi, inclusi i pazienti, in tutti i casi in cui le richieste di risarcimento generino una sentenza di condanna al risarcimento per Colpa Grave a titolo di responsabilità erariale avanti la Corte dei Conti, fino a concorrenza del Massimale.
- ✓ L'assicurazione si intende estesa anche in occasioni di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con colpa lieve, con specifico sottolimito.

L'Assicurazione è prestata nella forma "Claims Made" ossia è resa attiva solo allorché la richiesta di risarcimento venga portata a conoscenza dell'Assicurato per iscritto per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non oltre i 10 anni antecedenti la data di effetto della polizza.

L'Assicurazione è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel Modulo di Adesione ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie, a condizione che l'attività esercitata dall'Assicurato sia svolta in conformità a quanto previsto dalla normativa Italiana ed Europea di volta in volta applicabili e previo ottenimento dei necessari titoli di studio, specializzazioni ed accreditamenti previsti da tali normative.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, convenzionato, consulente o collaboratore di Aziende pubbliche e/o a partecipazione pubblica (ospedali, cliniche o altri istituti pubblici). È compresa altresì l'attività professionale "intramoenia" esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Postuma Cessazione dell'Attività	In caso di pensionamento o morte dell'Assicurato o di cessazione da parte dello stesso dell'Attività presso il SSN per qualsiasi motivo, tranne il licenziamento per giusta causa, l'Assicurazione è comunque operante per le richieste di attivazione delle garanzie della sezione di Tutela legale che riguardano esclusivamente vertenze subite dall'Assicurato, pervenute dall'Assicurato o dai suoi eredi nei 10 (dieci) anni successivi alla data di cessazione dell'attività, se le richieste di attivazione delle garanzie si riferiscono a presunte inadempienze avvenute durante il periodo di efficacia della Polizza ma non successivamente alla cessazione dell'attività presso il SSN
Tutela Legale	A fronte del pagamento del relativo premio, l'Assicurato ha facoltà di richiedere l'attivazione della garanzia accessoria di Tutela Legale.



Che cosa non è assicurato?

	La garanzia è esclusa per:• danni subiti in conseguenza di disastro ecologico, atomico, radioattivo;• ad attività connesse al settore nucleare, a danni nucleari o genetici causati dall'Assicurato, ad eccezione dei sinistri conseguenti a trattamenti medici;• fatti conseguenti a eventi bellici, atti di terrorismo, tumulti popolari, scioperi e serrate;• materia fiscale/tributaria e amministrativa, salvo quanto espressamente previsto nella garanzia di polizza;• vertenze di diritto civile;• procedimenti penali;• controversie e procedimenti riferibili a beni immobili;• controversie con Istituti o Enti Pubblici di Assicurazioni Previdenziali e Sociali;• controversie relative a diritti di brevetto, marchio, autore, esclusiva e concorrenza sleale;• Vertenze derivanti dalla radiazione o sospensione dall'Albo.
Rischi esclusi	Per la garanzia accessoria opzionale di tutela legale sono altresì esclusi: i procedimenti monitori e le procedure esecutive derivanti da qualsivoglia titolo; la materia penale; la radiazione o sospensione dall'Albo; eventi che derivano da fatto doloso dell'Assicurato; l'esercizio abusivo della professione medica o di operatore sanitario; le sanzioni disciplinari emesse dall'Ordine dei Medici o procedimenti dal medesimo promossi; qualsiasi tipologia di controversia o procedimento contro la Società.



Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si forniscono le seguenti informazioni di dettaglio relativamente ai limiti di copertura:

- massimale di € 10.000,00 per sinistro;
- massimale illimitato per anno.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto assicurativo si rivolge a tutto il personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale.



Quali costi devo sostenere?

Il Premio Annuale previsto per la categoria di appartenenza a carico dell'aderente di polizze collettive è comprensivo delle provvigioni riconosciute agli intermediari che sono pari in media al 21,25% del Premio Imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

I reclami e le dichiarazioni di insoddisfazione riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a:

Ufficio Reclami - Berkshire Hathaway International Insurance Limited Rappresentanza Generale per l'Italia - Corso Italia 13, 20122 - Milano MI - Fax: +39 02 49524987 - E-mail: reclami@bh-italia.com

L'Ufficio Reclami provvederà a fornire il riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo (con una possibile sospensione fino a 15 giorni per le integrazioni istruttorie in caso di reclamo riferito ai comportamenti degli agenti e dei loro dipendenti e collaboratori). I reclami relativi al comportamento dei broker e dei loro dipendenti/collaboratori saranno gestiti direttamente dal broker interessato e potranno essere a questi indirizzati. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa lo trasmetterà tempestivamente al broker, dandone contestuale notizia al reclamante, affinché l'intermediario provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

All'IVASS

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it

In alternativa, i reclami possono essere presentati all'Autorità di Vigilanza del Regno Unito, **Financial Conduct Authority (FCA)**, 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS, a mezzo lettera raccomandata con avviso di ricevimento, ovvero all'Autorità preposta **Financial Ombudsman Service (FOS)**, South Quay Plaza, 183 Marsh Wall, London E14 9SR.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione

Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).

Negoziazione assistita

Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.



REGIME FISCALE

Al contratto si applica la legge italiana.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE / ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

COLPA GRAVE MEDICA - S.S.N. "PLUS"

Mod. 460 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA (SEZIONE I) E PER LA CONDANNA IN SOLIDO (SEZIONE II) DEL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

stipulata fra il **Contraente** indicato nella **Scheda di Polizza**,

e la Società

Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia

Corso Italia, 13
20122 Milano (MI)

di seguito denominata **Compagnia**.

La seguente Assicurazione è rilasciata a favore dell'**Assicurato** che ne abbia fatto richiesta e che abbia corrisposto il relativo premio ed opera secondo le modalità di seguito precisate per le garanzie assicurative dei seguenti rischi:

- **SEZIONE I COLPA GRAVE MEDICA;**
- **SEZIONE II CONDANNA IN SOLIDO;**
- **SEZIONE a) TUTELA LEGALE – garanzia accessoria.**

Il presente contratto è stato redatto secondo le Linee Guida ANIA "Contratti Semplici e Chiari"

INDICE

MODULO DI PROPOSTA	4
GLOSSARIO	11
DISPOSIZIONI GENERALI	13
Articolo 1) VARIAZIONI DEL RISCHIO	13
Articolo 2) PAGAMENTO DEL PREMIO	13
Articolo 3) ONERI FISCALI	13
Articolo 4) RINNOVO O PROROGA DELL'ASSICURAZIONE	13
Articolo 5) COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI	13
Articolo 6) OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO	14
Articolo 7) SURROGAZIONE	14
Articolo 8) FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VARIAZIONI DEL CONTRATTO	14
Articolo 9) CLAUSOLA BROKER	14
Articolo 10) NORME DI LEGGE	15
Articolo 11) MODALITÀ E DISCIPLINA DELL'ATTIVAZIONE DELLA POLIZZA	15
Articolo 12) PREMIO	15
Articolo 13) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO	16
Articolo 14) RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE	16
Articolo 15) MODIFICA DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI	16
DISPOSIZIONI SPECIFICHE - GARANZIE SEZIONE I COLPA GRAVE E SEZIONE II CONDANNA IN SOLIDO	17
Articolo 16) FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ	17
Articolo 17) PERIODO DI ASSICURAZIONE	17
Articolo 18) MASSIMALI DI GARANZIA	17
Articolo 19) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	17
Articolo 20) SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE	18
Articolo 21) NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"	18
Articolo 22) LIMITI TERRITORIALI	18
Articolo 23) PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI	19
Articolo 24) ESCLUSIONI	19
Articolo 25) ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE	20
Articolo 26) OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO	20
DISPOSIZIONI SEZIONE a) TUTELA LEGALE – NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE	21
Articolo 27) QUALI SOGGETTI COPRE L'ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE	21
Articolo 28) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE	21
Articolo 29) CONSULENZA LEGALE TELEFONICA	22
Articolo 30) ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE	22
Articolo 31) QUALI SPESE RIMBORSO DAS	22

Articolo 32)	IN QUALI PAESI VALE L'ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE	23
Articolo 33)	QUANDO COMINCIA LA COPERTURA ASSICURATIVA DI TUTELA LEGALE E QUANDO UN SINISTRO DI TUTELA LEGALE E' IN GARANZIA - Retroattività	23
Articolo 34)	ESCLUSIONI	23
Articolo 35)	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO DI TUTELA LEGALE – GESTIONE DEI SINISTRI DI TUTELA LEGALE	24

MODULO DI PROPOSTA

ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA E PER LA CONDANNA IN SOLDIO DEL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il / la sottoscritto / a nato / a il, residente in
....., via / piazza N°, codice fiscale
....., indirizzo E-mail personale¹ in qualità di
..... presso l'Azienda

1: Da utilizzare per accedere all'Area Riservata

RICHIESTE DI ATTIVARE LA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE "COLPA GRAVE MEDICA"

con decorrenza dal al

RICHIESTE DI ATTIVARE LA COPERTURA DELLA CONDANNA IN SOLIDO

con decorrenza dal al

RICHIESTE DI ATTIVARE LA COPERTURA ACCESSORIA DELLA TUTELA LEGALE

con decorrenza dal al

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- (1) Le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'Assicurazione sono quelle riportate nelle Condizioni di Assicurazione "Mod. 460 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025" presenti all'interno del Set Informativo "Mod. 160 25 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025" che il sottoscritto ha ricevuto in copia prima e/o contestualmente la compilazione del presente Modulo di Proposta;
- (2) La Polizza verrà stipulata con la Compagnia di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia;**
- (3) L'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'Articolo 1 della Polizza, secondo la formulazione denominata "Claims Made". La garanzia vale per i Sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Assicurazione indicato in Polizza;
- (4) Le Richieste di Risarcimento, come definite dalla presente Polizza, e come meglio specificato all'Art. 9.1.b, avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se già denunciate a precedenti Assicuratori, configurano fatti e circostanze note non coperte dalla presente Polizza;
- (5) Condizione imprescindibile per l'assumibilità del rischio da parte della Compagnia è che l'Assicurato prima della stipula della presente Polizza non abbia avuto a Suo carico sentenze di condanna di Colpa Grave.

Data

FIRMA

QUALIFICA:

- ☐ Dirigente Medico e Veterinario
- ☐ Medico Convenzionato e/o Contrattista
- ☐ Dirigente Sanitario Non Medico
- ☐ Dirigente Non Medico, Altre Specializzazioni
- ☐ Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e Sociale
- ☐ Medico Specialista in Formazione
- ☐ Componente del Comitato Etico
- ☐ Quadro Sanitario / Altro Personale Sanitario / Dirigente Infermieristico

- ☐ Restante Personale Non Sanitario
☐ Tirocinante

RETROATTIVITÀ:

- ☐ Dalle ore 24:00 del __/__/____ (Opzione Base) ☐ ILLIMITATA, sovra-premio 10% del premio annuale di tariffa applicabile

GARANZIE:

- ☐ Sezione I – Responsabilità Civile per Colpa Grave Medica ☐ Sezione II – Condanna in Solido con l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di Appartenenza

GARANZIA ACCESSORIA:

- ☐ Sezione a) – Tutela Legale

MASSIMALE:

SEZIONE I COLPA GRAVE

- ☐ € 1.500.000,00 ☐ € 3.000.000,00 ☐ € 5.000.000,00

SEZIONE II CONDANNA IN SOLIDO

- € ☐ 2.000.000,00

SEZIONE a) TUTELA LEGALE

- € ☐ 10.000,00 per sinistro; illimitato per anno

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO, DA RENDERE SOLO IN FASE DI PRIMA ATTIVAZIONE:

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile, l'Assicurato dichiara che:

1. Alla domanda: "Ha riportato, prima della stipulazione della presente polizza negli ultimi 5 (cinque) anni una condanna, in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento di danni relativamente all'attività oggetto della presente assicurazione?" Ho risposto:

- ☐ NO ☐ SI

- ☐ SI, 1 condanna In sede: ☐ Civile ☐ Penale per lesioni colpose ☐ Penale per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €

Data della Sentenza:

- ☐ SI, 2 condanne In sede: ☐ Civile ☐ Penale per lesioni colpose ☐ Penale per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €

Data delle Sentenze:

☐ SI, 3 condanne In sede: ☐ Civile ☐ Penale per lesioni colpose ☐ Penale per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €

Data delle Sentenze:

2. Note sui Sinistri:

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- (A) Ricevimento e consultazione del Set Informativo “*Mod. 160 25 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. “PLUS” - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025*” prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalle Condizioni di Assicurazione “*Mod. 460 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. “PLUS” - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025*”;
- (C) Formulazione temporale dell’assicurazione “Claims Made”;
- (D) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Data

FIRMA

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 510 23 Informativa Privacy - Ed. 01.05.2023** “Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative” e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell’Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l’Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. “catena assicurativa”.

Il **Contraente / Assicurato** ha il diritto di richiedere alla Compagnia le credenziali per l’accesso all’Area Riservata.

Data

FIRMA

SCHEDA DI POLIZZA

POLIZZA N° [NumeroDiPolizza]

ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA (SEZIONE I) E PER LA CONDANNA IN SOLIDO (SEZIONE II) DEL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

L'ASSICURATO

COGNOME / NOME [COGNOME CLIENTE] [NOME CLIENTE]		N. TELEFONO [NUM TEL CLIENTE]	
DOMICILIO / SEDE LEGALE VIA, N. CIVICO [INDIRIZZO RESIDENZA], [COMUNE RESIDENZA], [CAP RESIDENZA]		LOCALITÀ - COMUNE [COMUNE NASCITA]	
CODICE FISCALE [CODICE FISCALE CLIENTE]	PARITTA IVA [PIVA CLIENTE]	DATA DI NASCITA [DATA NASCITA CLIENTE]	
IN QUALITÀ DI [PROFESSIONE MEDICA]			
ENTE DI APPARTENENZA [RAGIONE SOCIALE AZIENDA PRESSO CUI LAVORA IL MEDICO]			

PERIODO DI ASSICURAZIONE

DATA DI DECORRENZA ore 24:00 del giorno [Data decorrenza polizza]	DATA DI SCADENZA ore 24:00 del giorno [Data fine copertura]	TACITO RINNOVO (SI/NO) SI
---	--	------------------------------

DICHIARA

di aver ricevuto copia della presente Polizza e di essere a conoscenza, aver preso visione delle condizioni contrattuali, normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza stessa stipulata con la Compagnia di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, che il sottoscritto ha ricevuto in copia prima della stipula;

GARANZIE

☒ SEZIONE I - RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA

Oggetto dell'Assicurazione

Verso pagamento del Premio, e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 18 e come di seguito riportato, prestano l'assicurazione nella forma "Claims Made" enunciata all'Articolo 1, e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato per le azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna per Colpa Grave emessa dalla Corte dei Conti e passata in giudicato ovvero di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi inclusi i pazienti in tutti i casi in cui le Richieste di Risarcimento, come definite nel Glossario della Polizza, generino una sentenza di condanna al risarcimento per Colpa Grave a titolo di responsabilità erariale avanti la Corte dei Conti.

L'Assicurazione si intende estesa anche in occasioni di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con un sottolimito per sinistro di € 1.000.000 (un milione).

Resta ferma l'esclusione dalla presente copertura dei danni che siano riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'esercente la professione sanitaria.

[X] Massimale - SEZIONE I:

MASSIMALE PER SINISTRO E/O SINISTRO IN SERIE € [Massimale]	MASSIMALE PER PERIODO DI ASSICURAZIONE € [Massimale]
---	---

SEZIONE II - CONDANNA IN SOLIDO CON L'AZIENDA SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA DI APPARTENENZA

Oggetto dell'Assicurazione

Verso pagamento del Premio, gli Assicuratori, **fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 3** e come di seguito riportato indennizzano le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria (condanna, ordine, ingiunzione) con la quale l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti.

Il Sinistro si verifica, ed è indennizzabile a termini della presente polizza, **solo qualora l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.**

L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere agli Assicuratori tutti i propri diritti ed azioni nei confronti dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o della Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza per il recupero delle somme versate per suo conto in forza della Legge, che pone a suo carico solamente la rivalsa per i casi di Colpa Grave ed impegna l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa lieve dell'Assicurato con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.

Restano ferme le esclusioni di cui all'Art. 9 di Polizza.

Resta altresì esclusa dalla presente garanzia qualsiasi domanda di intervento degli Assicuratori a seguito di richieste di terzi prima che si siano verificati i presupposti previsti dalla presente estensione di garanzia.

Massimale - SEZIONE II:

MASSIMALE PER SINISTRO E/O SINISTRO IN SERIE € [Massimale]	MASSIMALE PER PERIODO DI ASSICURAZIONE € [Massimale]
---	---

**Esclusioni valide per entrambe le Sezioni:
Vedi Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione**

[X] SI [] NO **CLAUSOLA BROKER - Broker incaricato: Collaboratore BH**

PREMIO LORDO CORRISPOSTO SEZIONE I (comprensivo delle Imposte di Legge pari al 22,25%) € [Premio]	FRAZIONAMENTO UNICA SOLUZIONE
PREMIO LORDO CORRISPOSTO SEZIONE II (comprensivo delle Imposte di Legge pari al 22,25%) € [Premio]	FRAZIONAMENTO UNICA SOLUZIONE

[X] SEZIONE a) – TUTELA LEGALE

Oggetto dell'Assicurazione

La Compagnia assicura il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale per tutelare i diritti dell'Assicurato nell'ambito della attività dichiarata in Polizza.

La garanzia ACCESSORIA DI TUTELA LEGALE è valida nei limiti del Massimale indicato in Polizza e alle seguenti condizioni, quando l'Assicurato:

- deve difendersi per Responsabilità amministrativa, contabile e giudizio di conto per danno erariale in procedimenti instaurati avanti la Corte dei conti

La garanzia interviene solo ed esclusivamente in caso di condanna per colpa grave dell'Assicurato con provvedimento definitivo non più impugnabile

La Società garantisce nel limite di euro 3.000,00, compresi nel massimale, anche gli onorari per la presentazione delle memorie difensive a seguito della ricezione di un invito a dedurre.

Nel caso in cui le spese legali siano liquidate in sentenza, viene rimborsato esclusivamente l'importo indicato nella stessa.

Massimale - SEZIONE a):

MASSIMALE PER SINISTRO E/O SINISTRO IN SERIE € [Massimale]	MASSIMALE PER PERIODO DI ASSICURAZIONE € [Massimale]
PREMIO LORDO CORRISPOSTO SEZIONE a) (comprensivo delle Imposte di Legge pari al 21,25%) € [Premio]	FRAZIONAMENTO UNICA SOLUZIONE

Retroattività:

[X] Dalle ore 24:00 del [Inizio Retroattività] (Opzione Base) [] ILLIMITATA

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, ciascuna delle parti dichiara qui di seguito:

- (a) di aver preso nota che questo è un contratto di assicurazione nella forma "Claims Made" (Richieste di Risarcimento presentate), a copertura delle Richieste di Risarcimento:
- (i) presentate per la prima volta all'Assicurato, e
 - (ii) debitamente denunciate dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Validità della Polizza.
- (b) di aver letto e di aver specificatamente approvato quanto previsto dalla Polizza.

L'Assicurato dichiara quindi di aver ricevuto prima della stipula della copertura assicurativa, e di aver preso puntuale visione in ogni sua parte, della Polizza Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia, del Set Informativo "Mod. 160 25 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025", delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 460 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025" e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

Luogo, data
Milano, [Data Odierna]

L'ASSICURATO

LA COMPAGNIA

A conferma di quanto sopra e ad ogni effetto di legge di cui agli artt. 1341 e 1342 C.C. l'Assicurato dichiara di approvare specificatamente, e sottoscrive per specifica approvazione, le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli delle Condizioni di Assicurazione:

Articolo 4	Rinnovo o proroga dell'assicurazione - Rescindibilità annuale
Articolo 5	Coesistenza di altre assicurazioni (Art. 1910 C.C.)
Articolo 8	Forma dell'assicurazione ("Claims Made") – Retroattività
Articolo 9	Clausola Broker
Articolo 13	Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 15	Modifica delle Condizioni Contrattuali
Articolo 24	Esclusioni (in particolare quelle relative all'assicurazione "Claims Made" - Art. 24.1)
Articolo 34	Esclusioni
Articolo 35	Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro di Tutela Legale
Articolo 4	Rinnovo o proroga dell'assicurazione - Rescindibilità annuale
Articolo 5	Coesistenza di altre assicurazioni (Art. 1910 C.C.)
Articolo 8	Forma dell'assicurazione ("Claims Made") – Retroattività

La presente Scheda di Polizza viene emessa in tre esemplari, di 4 (quattro) pagine ciascuno, ad un solo effetto.

Luogo, data
Milano, [Data Odierna]

L'ASSICURATO

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 510 23 Informativa Privacy - Ed. 01.05.2023** "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

Il **Contraente / Assicurato** ha il diritto di richiedere alla Compagnia le credenziali per l'accesso all'Area Riservata.

Luogo, data
Milano, [Data Odierna]

L'ASSICURATO

**POLIZZA ASSICURATIVA “CLAIMS MADE”
(RICHIESTE DI RISARCIMENTO PRESENTATE)**

**VALIDA SOLO PER RICHIESTE DI RISARCIMENTO AVANZATE NEL CORSO DEL PERIODO
DI VALIDITÀ DELLA POLIZZA**

La presente Polizza è prestata nella forma “Claims Made”, ciò significa che la polizza copre le Richieste di Risarcimento notificate all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura.

GLOSSARIO

Le Parti convengono che le definizioni che seguono fanno parte integrante di questa Polizza e valgono ad interpretarne le condizioni e ogni altro disposto riguardante questa assicurazione.

Assicurato:	La persona fisica – indicata nella Scheda di Polizza – dipendente e non dipendente che esercita la professione sanitaria indicata nella Scheda di Polizza a qualsiasi titolo nelle Aziende del Servizio Sanitario Nazionale e/o il personale dipendente di Enti Pubblici, il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
Assicuratori (o “la Compagnia”):	Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia , Corso Italia, 13 - 20122 - Milano (MI).
Assicurazione:	Il contratto di assicurazione o il rapporto da esso derivante.
Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria:	Qualunque azienda di diritto pubblico che eroghi prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e mantenimento delle abilità acquisite, regolarmente autorizzata all'esercizio dell'attività.
Claims Made:	Formula di operatività dell'Assicurazione per cui la garanzia assicurativa copre le Richieste di Risarcimento notificate all'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità della copertura.
Contraente:	Il soggetto che stipula il contratto e si obbliga al pagamento del Premio, anche se diverso dall'Assicurato.
Danno / Danni:	Il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici nonché il danno morale ed ogni distruzione, deterioramento, alterazione, danneggiamento totale o parziale di una cosa o animale, compresi danni ad essi consequenziali.
Franchigia:	Importo specificato nei singoli Certificati di Assicurazione emessi per ciascun Assicurato ai termini della presente Polizza Collettiva che, in relazione a ogni e ciascuna Richiesta di Risarcimento , verrà dedotto dall'importo da liquidarsi ai sensi e per gli effetti di questa Polizza Collettiva e che rimarrà a carico dell'Assicurato. Gli Assicuratori saranno responsabili unicamente per la parte dell'importo concordato che eccede la Franchigia . L'opposizione di franchigia impegna comunque l'assicuratore alla gestione del sinistro.
Intermediario:	L'intermediario di assicurazioni cui il Contraente abbia affidato la gestione della presente Polizza.
Massimale:	La somma massima per importi non inferiori a quelli stabiliti all'articolo 4 del Decreto e liquidabile dall'assicuratore a titolo di risarcimento del danno in seguito al verificarsi di un sinistro.
Massimale per sinistro:	La somma massima indicata nella Scheda di Polizza che obbliga la Compagnia e che quest'ultima sarà tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per ogni Sinistro;
Massimale per anno:	La somma massima indicata nella Scheda di Polizza che obbliga la Compagnia e che quest'ultima è tenuta a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese per l'insieme di tutti i Sinistri relativi ad un medesimo Periodo di Assicurazione, indipendentemente da quante siano le Richieste di Risarcimento ed il numero delle persone danneggiate;

Modulo di Proposta (MdP):	Modulo per mezzo del quale l'Assicurato manifesta la volontà di stipulare la Polizza e che costituisce parte integrante di essa.
Perdite Patrimoniali:	Il pregiudizio economico che non sia conseguenza, né diretta né indiretta, di lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose.
Periodo di Assicurazione:	Il periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nella Scheda di Polizza nonché, in caso di rinnovo, ciascun periodo compreso tra la data di decorrenza e la data di scadenza stabilite nelle successive quietanze e/o nelle successive Schede di Polizza, fermi gli effetti sospensivi sulla copertura del mancato pagamento del Premio.
Premio:	La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia per la copertura assicurativa prestata dalla Compagnia stessa.
Polizza:	Il presente documento contrattuale che è emesso, con i suoi annessi, quale prova del contratto di Assicurazione e che disciplina i rapporti tra Compagnia, Contraente e Assicurato.
Richiesta di Risarcimento:	Quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato: (1) La comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per danni o perdite patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibili all'Assicurato stesso e/o a chi per lui e/o gli fa formale richiesta di essere risarcito di tali danni; (2) La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, errore od omissione; (3) L'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'assicurazione; (4) La comunicazione formale, secondo i dettami della Legge, con la quale l'Azienda Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo; (5) La comunicazione formale con la quale l'Azienda Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni, secondo quanto previsto dalla Legge, informa l'Assicurato dell'avvio di trattative stragiudiziali col Danneggiato; (6) Il ricevimento da parte dell'Assicurato di un'istanza di conciliazione secondo quanto previsto dalla Legge; (7) La citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato da parte dell'Azienda Sanitaria e/o della Compagnia di Assicurazioni con l'imputazione di Colpa Grave nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge e/o dal contratto Collettivo Nazionale di Lavoro. Non è considerata comunicazione formale dell'Azienda Sanitaria di appartenenza la richiesta di una semplice relazione tecnico-sanitaria.
Scheda di Polizza (SdP):	Il documento che comprova il contratto di assicurazione e nel quale sono indicati i dati relativi all'Assicurato/Contraente, le date di decorrenza e di scadenza della Polizza, gli elementi che compongono il rischio assicurato e il Premio imponibile con le relative imposte governative;
Sentenza Passata in Giudicato:	Il provvedimento ormai divenuto incontrovertibile, cioè non più assoggettabile ai mezzi ordinari di impugnazione, o perché decorsi i termini o perché già esperite tutte le impugnazioni possibili;
Set Informativo:	Il documento che la Compagnia o l'Intermediario a cui è affidata la gestione del presente Contratto è tenuta a consegnare al Contraente prima e/o all'atto della sottoscrizione del Contratto stesso, contenente il DIP Danni, il DIP Aggiuntivo Danni, le Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario, il Facsimile del Modulo di Proposta ed il documento di Informativa Privacy;
Sinistro:	La richiesta di risarcimento danni per i quali è prestata l'assicurazione (criterio c.d. « claims made ») ossia qualsiasi formale richiesta scritta avanzata per la prima volta da terzi in vigenza di polizza o durante il periodo di ultrattività di cui all'articolo 5, comma 2, d.m. 232/2023 nei confronti dell'assicurato (o, nel caso di azione diretta, nei confronti dell'assicuratore), per il risarcimento dei

danni subiti come conseguenza della sua attività; costituisce sinistro anche la citazione dell'assicurato in veste di responsabile civile in un procedimento penale a fronte della costituzione di parte civile da parte del danneggiato. Fatti diversi da quelli elencati non costituiscono sinistro, ivi inclusa la richiesta della cartella clinica, l'esecuzione del riscontro autoptico/autopsia giudiziaria/autopsia di cui al D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, la querela e l'avviso di garanzia. Più richieste di risarcimento presentate all'assicurato o all'assicuratore o alla struttura in conseguenza di una pluralità di eventi riconducibili allo stesso atto, errore od omissione, oppure a più atti, errori od omissioni riconducibili ad una stessa causa, rappresentano nella formula claims made altrettanti sinistri quanti sono gli eventi (nel primo caso) o gli atti, errori od omissioni (nel secondo caso).

DISPOSIZIONI GENERALI

Articolo 1) VARIAZIONI DEL RISCHIO

Qualora nel corso del Periodo di Assicurazione si verifichi un aggravamento del rischio per effetto di nuove leggi, regolamenti e/o altre norme, emanate nel corso della validità della copertura, che modifichino l'attuale regolamento in materia di attribuzione di Colpa Grave nel settore medico e paramedico, le parti concordano che **la Società avrà la facoltà di modificare la quantificazione del premio ovvero che ciascuna delle Parti avrà la facoltà di recedere dal Contratto mediante invio di raccomandata A.R. o Posta Elettronica Certificata** con un preavviso di 30 (trenta) giorni dalla data della stessa.

Qualora si verifichi un mutamento delle mansioni dell'Assicurato verso una categoria assicurabile con la presente Assicurazione, ma con un differente ammontare di premio, l'Assicurazione proseguirà senza alcuna variazione (in aumento o diminuzione) né limitazione fino alla scadenza annuale, **fermo restando l'obbligo di provvedere all'aggiornamento del premio assicurativo con effetto da tale data.**

Articolo 2) PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Periodo di Assicurazione ha inizio dalle ore e dal giorno indicato nella Scheda di Polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati entro 15 (quindici) giorni da tale data, altrimenti ha inizio dalle ore 24:00 del giorno del pagamento del Premio.

Il Premio è interamente dovuto anche se sia stato concesso il frazionamento rateale. Se il Contraente non paga la prima rata di Premio, la copertura resta sospesa fino alle ore 24:00 del giorno di pagamento.

Ad ogni scadenza, pagato il premio convenuto o la prima rata dello stesso, inizia un nuovo Periodo di Assicurazione, fermo restando che ciò non comporta novazione contrattuale.

Se l'Assicurato non paga il Premio di rinnovo o di proroga o le eventuali rate convenute, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno dopo quello della data di scadenza stabilita per il pagamento (termine di mora) e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Articolo 3) ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico dell'Assicurato.

Articolo 4) RINNOVO O PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

Come anche ai sensi dell'Art. 17, in caso di mancato invio di una comunicazione scritta in merito alla volontà di disdire la copertura assicurativa comprovata dalla Scheda di Polizza, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza da parte dell'Assicurato, la Polizza si intende tacitamente rinnovata di un anno e così successivamente, fermo quanto riportato all'Art. 1.

Articolo 5) COESISTENZA DI ALTRE ASSICURAZIONI

Ai sensi dell'Art. 1910 C.C. l'obbligo di comunicare agli Assicuratori la coesistenza di altre assicurazioni sussiste soltanto in caso di sinistro.

Mod. 460 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025 - Pag. 13 di 26

L'Assicurato è tenuto a denunciare il sinistro a tutti gli Assicuratori interessati, nei termini previsti dalle rispettive polizze, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Articolo 6) OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Con riferimento alle definizioni di polizza "Richiesta di Risarcimento" e "Sinistro" contenute nel Glossario, **è fatto obbligo all'Assicurato denunciare, entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, qualsiasi comunicazione ricevuta in forma certa, nonché:**

- (1) Qualsiasi comportamento colposo posto in essere notificato in forma certa;**
- (2) Qualsiasi comunicazione ricevuta dalla quale possa derivare un sinistro risarcibile da questa assicurazione.**

La richiesta formale da parte dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza di relazione tecnico-sanitaria non costituisce obbligo di denuncia.

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia deve essere trasmessa all'Intermediario indicato nella Scheda di Polizza.

L'intermediario indicato nella Scheda di Polizza provvederà all'immediata trasmissione della denuncia ricevuta a **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia.**

La denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Si richiama il secondo comma dell'Articolo 5, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, l'Assicurato non deve ammettere proprie responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.

Articolo 7) SURROGAZIONE

Gli Assicuratori sono surrogati, sia per le somme pagate o da pagare a titolo di risarcimento di danni sia per le spese sostenute o da sostenere, in tutti i diritti di recupero che l'Assicurato può far valere nei confronti dei soggetti responsabili o corresponsabili.

A tal fine l'Assicurato è tenuto a fornire i documenti richiesti e compiere le azioni necessarie per l'esercizio di tali diritti.

Tali diritti non saranno fatti valere nei confronti dei prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per Legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro, a meno che essi non abbiano agito con dolo.

Articolo 8) FORMA DELLE COMUNICAZIONI - VARIAZIONI DEL CONTRATTO

Ogni comunicazione relativa a questo contratto deve essere fatta per iscritto.

Qualunque variazione di questo contratto deve risultare da atto sottoscritto dall'Assicurato e dalla Compagnia che ha in gestione il contratto.

Articolo 9) CLAUSOLA BROKER

Con la sottoscrizione della Scheda di Polizza l'Assicurato conferisce all'Intermediario indicato nella stessa il mandato a rappresentarlo ai fini di questo contratto di assicurazione.

È convenuto pertanto che:

- a. Ogni comunicazione fatta all'Intermediario sarà considerata come fatta all'Assicurato;
- b. Ogni comunicazione fatta dall'Intermediario sarà considerata come fatta dall'Assicurato;

Quanto sopra non si applica alle modalità di denuncia dei sinistri, regolamentate dall'Articolo 16 che resta invariato e confermato.

Ai sensi dell'Art. 65, comma 1, lettere a) e b) del Regolamento IVASS n. 40 del 02 Agosto 2018, qualora la Compagnia abbia espressamente autorizzato in forma scritta l'Intermediario all'incasso dei premi dagli Assicurati e/o al pagamento delle somme dovute agli Assicurati o agli altri aventi diritto, il pagamento del Premio eseguito all'Intermediario stesso si considera effettuato direttamente alla Compagnia, ai sensi dell'Art. 118 del D. Lgs. 209/2005.

Articolo 10) NORME DI LEGGE

Per l'interpretazione del presente contratto e per tutto quanto non espressamente previsto dalle condizioni in esso contenute o ad esso aggiunte mediante regolare atto sottoscritto dalle parti, si dovrà fare riferimento unicamente alle leggi della Repubblica Italiana.

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge (L.24/2017 Gelli-Bianco, di seguito anche "Legge"; Decreto n°232 del 15 Dicembre 2023 e G.U 1 Marzo 2024).

Articolo 11) MODALITÀ E DISCIPLINA DELL'ATTIVAZIONE DELLA POLIZZA

Per l'attivazione della presente Polizza è previsto che il Contraente provveda al versamento del premio dovuto, determinato come segue.

L'Assicurazione si intende valida per l'intero periodo indicato nella Scheda di Polizza ed anche successivamente alla cessazione del rapporto di servizio alla sola condizione che l'Assicurato risulti in regola con il pagamento del premio, nei termini dovuti.

L'Assicurato dovrà altresì compilare e sottoscrivere il Modulo di Proposta e corrispondere l'importo del premio dovuto.

In tale caso l'assicurazione decorrerà dalle ore e dal giorno di decorrenza come risultante dalla Scheda di Polizza e dall'apposita documentazione trasmessa alla Compagnia dall'Intermediario incaricato della gestione del contratto, a condizione che il relativo premio sia pagato entro 15 giorni dalla data di registrazione.

La compilazione, sottoscrizione, l'invio del Modulo di Proposta ed il pagamento del relativo Premio comportano l'attivazione della copertura assicurativa prevista dal presente contratto, salvo quanto di seguito specificato.

L'Assicurazione è operante in conformità al relativo Periodo di Assicurazione, come disciplinato, nel caso in cui l'Assicurato in occasione dell'attivazione della Polizza **attesti, in sede di compilazione del Modulo di Proposta, quanto richiesto ai punti da (1) a (5) del Modulo di Proposta stesso.**

Nel caso in cui, invece, all'atto della compilazione dell'apposito Modulo di Proposta in occasione della prima attivazione della presente Polizza, l'Assicurato dichiara di essere a conoscenza di condanne, in sede civile o penale, con un massimo di 2 (due), la Compagnia concede la facoltà di attivare la presente Polizza **a fronte di un aumento del 10% sul premio annuo come definito all'Art. 12.**

La Compagnia si riserva la facoltà di non accettare la richiesta di sottoscrizione della presente Polizza, o di accettarla a condizioni speciali, che sono dalla stessa comunicata al Contraente nel termine di 45 (quarantacinque) giorni dalla ricezione del Modulo di Proposta, nel caso in cui dallo stesso si rilevi un numero di condanne, in sede civile o penale, superiori a 2 (due).

In caso di mancata accettazione da parte della Compagnia, sarà data specifica comunicazione al Contraente, il quale avrà diritto alla restituzione del Premio.

In caso di accettazione da parte degli Assicuratori a condizioni differenti da quelle della presente Polizza, il Contraente ha a disposizione ulteriori 30 (trenta) giorni dalla ricezione dell'offerta degli Assicuratori entro i quali può manifestare il proprio assenso alle diverse condizioni proposte dagli Assicuratori attraverso il pagamento dell'eventuale sovra premio, o il proprio diniego all'attivazione della copertura con annessa richiesta di restituzione del Premio. In caso di accettazione, l'Assicurazione decorre ai sensi dell'Art. 17.

Si precisa inoltre che, in caso di eventuali cambiamenti di categoria assicurativa / Ente di appartenenza nel Periodo di Assicurazione, l'Assicurato dovrà provvedere a comunicarlo tempestivamente agli Assicuratori.

In occasione dell'eventuale rinnovo l'Assicurato dovrà dichiarare il nuovo status e pagare il relativo Premio.

Si precisa altresì che, in caso di svolgimento di più mansioni presso Enti Sanitari diversi, l'Assicurato dovrà dichiarare all'atto dell'attivazione della copertura la mansione a più elevato rischio, e pagare il relativo premio.

Articolo 12) PREMIO

Il premio annuo pro-capite per ogni annualità è calcolato applicando il premio lordo, imposte governative incluse, per qualifica professionale.

L'intermediario indicato nella Scheda di Polizza è autorizzato dalla Compagnia ad incassare per conto della Compagnia stessa i premi riferiti alla presente Polizza, anche tramite intermediari iscritti alla sezione B del R.U.I.; i relativi premi dovranno essere rimessi direttamente alla Compagnia entro il decimo giorno del mese successivo a quello al quale il rendiconto è riferito.

Articolo 13) DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

Con la firma della Scheda di Polizza l'Assicurato dichiara:

- 13.1 Di esercitare professionalmente l'attività corrispondente alla categoria dichiarata con regolare abilitazione ed iscrizione agli albi e registri ove previsti dalla Legge e dai regolamenti vigenti alle dipendenze e/o con rapporto diretto e/o professionale di Aziende Sanitarie pubbliche e/o convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale; tale attività comprende le professioni e le specializzazioni indicate nel Modulo di Proposta, alle quali l'Assicurato dichiara di essere debitamente abilitato conformemente a tutte le norme vigenti in materia, inclusa l'attività di sperimentazione svolta presso le strutture a ciò abilitate ed in ottemperanza agli specifici protocolli da esse adottate.
- 13.2 Di avere preso atto che in forza della Legge e del C.C.N.L. vigente ed in applicazione di accordi e convenuti intervenuti con l'Azienda Sanitaria presso la quale, o presso le quali, viene svolta l'attività oggetto della presente assicurazione ivi inclusa la libera professione, la stessa è obbligata a garantire una adeguata copertura assicurativa della Responsabilità Civile dell'Assicurato, ivi comprese le spese di giudizio per le eventuali conseguenze delle azioni giudiziarie di terzi, salvo le ipotesi di Dolo e Colpa Grave.
- 13.3 Di avere preso atto che la presente Assicurazione non si intende operante in relazione ai rischi per i quali l'obbligo assicurativo ricade sull'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria con la stipula di Polizza ad hoc predisposta e/o con la copertura di eventuali fondi all'uopo deliberati e/o in caso di autoassicurazione, né in caso di mancato assolvimento di tale obbligo, né in caso di esaurimento dei massimali e somme assicurate previste da tale assicurazione e/o dai fondi all'uopo deliberati e/o in caso di autoassicurazione.
- 13.4 Gli Assicuratori per quanto sopra, pur prendendo in carico il sinistro conformemente a quanto enunciato dalle Richieste di Risarcimento così come previsto nelle definizioni di Polizza contenute nel Glossario, potranno essere chiamati in causa solamente nei casi di imputazione di Colpa Grave sia dall'Azienda Sanitaria che dalla Compagnia di Assicurazione.
- Nel caso in cui l'esercente la professione sanitaria non sia stato chiamato in giudizio o nella procedura stragiudiziale del danno, gli Assicuratori, per quanto previsto dalla Legge, copriranno l'azione di rivalsa esercitata dall'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria e/o dalla Compagnia di Assicurazioni solo dopo l'avvenuto pagamento del danno a terzi, ed entro un anno da tale pagamento.
- 13.5 Di avere ricevuto e di aver preso puntuale visione in ogni sua parte, prima dell'attivazione della copertura assicurativa, del Set Informativo contenente le Condizioni di Assicurazione complete in ogni loro parte.

Articolo 14) RETICENZE E DICHIARAZIONI INESATTE

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto dell'Assicurato ad essere protetto da questa assicurazione, oppure la cessazione dell'assicurazione stessa (articoli 1892 e 1893 del Codice Civile).

Articolo 15) MODIFICA DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI

La Compagnia si riserva la facoltà di modificare le condizioni tariffarie e normative alla scadenza anniversaria del Contratto.

Le variazioni delle condizioni tariffarie e normative verranno comunicate come "Proposta di modifica unilaterale del Contratto" (di seguito semplicemente "Proposta") al Contraente; la Proposta dovrà contenere almeno indicazione di quanto segue:

- i. il termine di decorrenza delle variazioni, che non potrà essere inferiore a 30 (trenta) giorni dalla data di ricevimento della comunicazione;
- ii. il diritto di recesso riconosciuto all'Assicurato senza spese o penali di alcun genere;
- iii. ogni ulteriore elemento richiesto dalle vigenti norme.

Il Contraente, entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della Proposta, potrà recedere con effetto immediato, senza penalità, avendo diritto a vedere applicate, in sede di liquidazione del rapporto, le condizioni precedentemente praticate. Trascorso tale periodo, in mancanza di recesso, le modifiche si intendono accettate.

Quanto previsto dal presente Articolo 15 non trova applicazione in caso di modifiche imposte da norme di legge e/o da disposizioni di Autorità aventi natura imperativa, le quali, tra le altre cose, si applicheranno secondo i tempi e i modi previsti dalla disposizione normativa che le abbia introdotte, senza necessità di preavviso.

DISPOSIZIONI GARANZIE SEZIONE I COLPA GRAVE E SEZIONE II CONDANNA IN SOLIDO

Articolo 16) FORMA DELL'ASSICURAZIONE ("CLAIMS MADE") - RETROATTIVITÀ

L'assicurazione è prestata nella forma "Claims Made" ossia è resa attiva solo allorché la Richiesta di Risarcimento, come precedentemente definita, venga portata a conoscenza dell'Assicurato per iscritto per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione e purché sia conseguenza di eventi, errori od omissioni accaduti o commessi non oltre i 10 anni antecedenti la data di effetto della polizza.

Tuttavia, l'Assicurato ha facoltà di richiedere un periodo di retroattività illimitata previa applicazione e pagamento di un sovra-premio pari al 10% del premio annuale previsto per la categoria di appartenenza.

Articolo 17) PERIODO DI ASSICURAZIONE

La presente Polizza ha durata 12 (dodici) mesi con tacito rinnovo, con effetto dalle ore e dal giorno indicato nella Scheda di Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati versati, altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento. In caso di mancato pagamento delle rate successive di Premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza, fermo quanto riportato all'Art. 2.

In caso di mancato invio di una comunicazione scritta in merito alla volontà di disdire la copertura assicurativa comprovata dalla Scheda di Polizza, a mezzo di lettera raccomandata con avviso di ricevimento e/o comunicazioni equipollenti spedita almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza da parte dell'Assicurato, la Polizza si intende tacitamente rinnovata di un anno e così successivamente, fermo quanto riportato all'Art. 1.

Articolo 18) MASSIMALI DI GARANZIA

Il massimale per Sinistro o Sinistro in serie, limitatamente alla Sezione I, è quello previsto per Legge: tre volte il valore maggiore della retribuzione lorda o del corrispettivo convenzionale, conseguiti nell'anno di inizio della condotta causa dell'evento o nell'anno immediatamente precedente o successivo

Resta inteso che in ogni caso il limite di risarcimento per Sinistro, Sinistro in Serie e per Periodo di Assicurazione non potrà superare, per ciascuna delle Sezioni I e II, quanto previsto rispettivamente nella Scheda di Polizza.

Articolo 19) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

SEZIONE I - RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA

Verso pagamento del Premio e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 18 e riportato nella Scheda di Polizza, a seconda dell'opzione scelta, prestano l'assicurazione nella forma "Claims Made" enunciata all'Articolo 16, e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato per le azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna per Colpa Grave emessa dalla Corte dei Conti e passata in giudicato ovvero di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi inclusi i pazienti in tutti i casi in cui le Richieste di Risarcimento, come definite nel Glossario, generino una sentenza di condanna al risarcimento per Colpa Grave a titolo di responsabilità erariale avanti la Corte dei Conti.

L'Assicurazione si intende estesa anche in occasioni di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria e al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con un sottolimito per sinistro di € 1.000.000 (un milione).

Resta ferma l'esclusione dalla presente copertura dei danni che siano riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'esercente la professione sanitaria.

SEZIONE II - CONDANNA IN SOLIDO CON L'AZIENDA SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA DI APPARTENENZA

Verso pagamento del premio convenuto, gli Assicuratori, **fino a concorrenza del Massimale dedicato alla Sezione II**, indennizzano le somme che l'Assicurato è tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria (condanna, ordine, ingiunzione) con la quale l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti.

Il Sinistro si verifica, ed è indennizzabile a termini della presente Polizza, **solo qualora l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.**

L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere agli Assicuratori tutti i propri diritti ed azioni nei confronti dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o della Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza per il recupero delle somme versate per suo conto in forza della Legge, che pone a suo carico solamente la rivalsa per i casi di Colpa Grave ed impegna l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza a coprire la responsabilità per colpa lieve dell'Assicurato con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.

Restano ferme le esclusioni di cui all'Art. 24 di Polizza.

Resta altresì esclusa dalla presente garanzia qualsiasi domanda di intervento degli Assicuratori a seguito di richieste di terzi prima che si siano verificati i presupposti previsti dalla presente estensione di garanzia.

È data facoltà all'Assicurato di acquistare anche singolarmente le garanzie previste dalle Sezioni I e II sopra descritte.

Articolo 20) SPESE LEGALI E GESTIONE DELLE VERTENZE

Gli Assicuratori assumono, fino a quando ne hanno interesse, la gestione delle vertenze tanto in sede stragiudiziale che giudiziale a nome dell'Assicurato, designando, ove occorra, legali o tecnici e avvalendosi di tutti i diritti e azioni spettanti all'Assicurato stesso.

Gli Assicuratori rispondono inoltre, in aggiunta al Massimale quale definito all'Articolo 18 e stabilito nella Scheda di Polizza, **ma entro il limite del 25% del Massimale medesimo**, delle spese legali sostenute per assistere e difendere l'Assicurato nel caso in cui le richieste di risarcimento, come definite nel Glossario, generino una sentenza di condanna al risarcimento per Colpa Grave a titolo di responsabilità erariale avanti la Corte dei Conti.

Gli Assicuratori non riconoscono le spese incontrate dall'Assicurato per legali o tecnici o consulenti che non siano da essi designati o approvati, e non rispondono di multe o ammende comminate all'Assicurato.

Articolo 21) NOZIONE DI "TERZO" O "TERZI"

Il termine "terzo" o "terzi" sta a significare ogni persona diversa dall'Assicurato, compresi i suoi pazienti e compresi gli amministratori e i dipendenti, i collaboratori, consulenti e professionisti dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria.

Sono esclusi da questa nozione:

- a. Il coniuge, il convivente *more uxorio*, i genitori e i figli dell'Assicurato nonché qualsiasi altro parente o affine che con lui convive;**
- b. I prestatori di lavoro dell'Assicurato che sono soggetti per Legge all'assicurazione sociale obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro; tuttavia anche costoro sono considerati terzi quando fruiscono personalmente delle prestazioni professionali dell'Assicurato.**

Articolo 22) LIMITI TERRITORIALI

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento originate da fatti dannosi accaduti, o comportamenti colposi posti in essere in qualsiasi Paese del mondo, su incarico dell'ente ospedaliero di appartenenza, **esclusi gli Stati Uniti d'America, il Canada e i territori sotto la loro giurisdizione. È tuttavia condizione essenziale per l'operatività dell'assicurazione che le pretese dei danneggiati e le eventuali azioni legali che dovessero derivarne siano fatte valere in Italia, San Marino e la Città del Vaticano.**

Gli Assicuratori pertanto **non sono obbligati per richieste di risarcimento fatte valere, in sede giudiziale, arbitrale o extragiudiziale, in Paesi diversi dall'Italia, San Marino e la Città del Vaticano**, salvo che mediante deliberazione di dette sentenze in base alle norme vigenti dello Stato Italiano.

Articolo 23) PRECISAZIONI SUI RISCHI COPERTI

L'assicurazione, **quale delimitata in questa Polizza e ferme le esclusioni che seguono**, è riferita alle attività dichiarate dall'Assicurato nel Modulo di Proposta ed a quelle analoghe precedentemente svolte presso altre Aziende Sanitarie; a condizione che l'attività esercitata dall'Assicurato sia svolta in conformità a quanto previsto dalla normativa Italiana ed Europea di volta in volta applicabili e previo ottenimento dei necessari titoli di studio, specializzazioni ed accreditamenti previsti da tali normative.

L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, convenzionato, consulente o collaboratore di Aziende pubbliche e/o a partecipazione pubblica (ospedali, cliniche o altri istituti pubblici). È compresa altresì l'attività professionale "intramoenia" esercitata in conformità alle norme e ai regolamenti vigenti.

Sono opponibili al danneggiato, previa sottoscrizione di clausola contrattuale da approvare specificatamente per iscritto, le seguenti eccezioni: A. i fatti dannosi derivanti dallo svolgimento di attività che non sono oggetto della copertura assicurativa; B. i fatti generatori di responsabilità verificatasi e le richieste di risarcimento presentate al di fuori dei periodi contemplati dall'articolo 5 del Decreto Ministeriale 232/2023; C. le limitazioni del contratto assicurativo di cui all'articolo 1, comma 1, lettere q) ed r) del Decreto, con riferimento alle coperture assicurative di cui al comma 1 dell'articolo 10 della Legge Gelli; d. il mancato pagamento del premio. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 38-bis del Decreto Legge 6 novembre 2021, n. 152. Convertito con modificazioni dalla Legge 29 dicembre 2021, n. 233.

Articolo 24) ESCLUSIONI

24.1 Premesso che questa è un'assicurazione nella forma "Claims Made", quale temporalmente delimitata nella presente Polizza, sono escluse:

- Richieste di Risarcimento come precedentemente definite, che pervengano in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, salvo quanto previsto all'Articolo 25 - Estensione Ultrattiva dell'Assicurazione;**
- Sono considerati fatti noti e non coperti dalla presente polizza di Assicurazione tutte le Richieste di Risarcimento, come da definizioni della Polizza contenute nel Glossario, già notificate e/o a conoscenza dell'Assicurato;**
- I sinistri relativi a fatti dannosi posti in essere prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza;**

24.2 Sono parimenti esclusi:

- I danni attribuibili ad azioni od omissioni commesse dall'Assicurato con dolo;**
- I danni riconducibili ad attività abusive o non consentite o non riconosciute dalle leggi e dai regolamenti vigenti al momento del fatto dannoso;**
- Le conseguenze di fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere dopo che l'Assicurato abbia posto termine all'attività professionale con conseguente cancellazione dall'Albo professionale, oppure dopo che per qualunque motivo venga sospeso o radiato dall'Albo professionale o licenziato per giusta causa;**
- I fatti dannosi accaduti o comportamenti colposi posti in essere o richieste di risarcimento fatte valere al di fuori dei Limiti Territoriali convenuti all'Articolo 22;**
- Esclusivamente per gli interventi chirurgici i danni che siano imputabili ad assenza del consenso informato, ove tale consenso informato sia obbligatorio per Legge;**
- I danni derivanti dall'impiego per scopi non terapeutici di farmaci stupefacenti somministrati o prescritti dall'Assicurato;**
- I danni derivanti dalla pretesa mancata rispondenza degli interventi di chirurgia estetica all'impegno di risultato assunto dall'Assicurato;**
- I danni derivanti da ingiuria o diffamazione;**
- I danni derivanti da ogni forma di discriminazione, persecuzione, mobbing, bossing, molestie, violenze o abusi sessuali, e similari violazioni dei diritti della persona;**
- Le conseguenze relative a obbligazioni di natura fiscale o contributiva, multe, ammende, indennità di mora e altre penalità o sanzioni che per Legge o per contratto o per provvedimento giudiziario o amministrativo siano poste a carico dell'Assicurato, oppure relative ai cosiddetti danni di natura punitiva o di carattere esemplare ("Punitive or Exemplary Damages");**
- I danni alle cose mobili e immobili che l'Assicurato abbia in consegna o custodia o detenga a qualsiasi titolo, fatta eccezione per gli animali se l'Assicurato è medico veterinario;**
- Le perdite o i danni da furto, o da danneggiamenti a cose causati da incendio, da esplosione o scoppio;**

- m. I danni riconducibili alla proprietà, al possesso, alla circolazione di veicoli a motore, nonché all'utilizzo di natanti a motore o di aeromobili, anche ove tali mezzi di trasporto siano funzionali all'attività professionale dell'Assicurato;
- n. Le conseguenze di inquinamento o contaminazione dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o da danno ambientale salvo che in conseguenza di un evento imprevisto, improvviso ed accidentale;
- o. I danni che si verifichino o insorgano in occasione di esplosioni o emanazioni di calore o radiazioni, provenienti da trasmutazioni del nucleo dell'atomo ad esclusione di quelli connessi ad attività diagnostiche e terapeutiche;
- p. I danni e le perdite che abbiano origine o siano connesse con l'uso di amianto o muffe tossiche da parte dell'Assicurato o dall'esistenza di tali materiali nei locali adibiti all'attività professionale esercitata dall'Assicurato;
- q. I danni che siano riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'esercente la professione sanitaria, per il quale resta fermo l'obbligo di contrarre polizza assicurativa di Responsabilità Civile di cui all'Art. 3 comma 5 lettera "e" del D. L. 13.8.2011 n. 138, convertito con modificazioni dalla Legge 14.9.2011 n. 148, all'Art. 5 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7.8.2012 n. 17 e all'Art. 3 comma 2 del D. L. 13.9.2012 n. 158 convertito, con modificazioni, dalla Legge 8.11.2012 n. 189;
- r. I danni e le perdite che abbiano origine o siano connessi con l'esercizio di funzioni di carattere amministrativo, organizzativo, dirigenziale, aziendale e non propriamente attinenti all'attività Professionale Sanitaria, ferma restando la copertura per le conseguenze di lesioni personali e morte; sono tuttavia compresi tali danni di natura patrimoniale, sempre ed esclusivamente in caso di condanna per Colpa Grave, solo per quelle professioni sanitarie che pur esercitando in via prioritaria l'attività medica, possono avere mansioni di carattere amministrativo e organizzativo quali ad esempio i primari ospedalieri direttori di struttura;
- s. Esclusione Sanzioni Internazionali. La garanzia prestata con la presente polizza, o con certificati assicurativi o altri documenti che costituiscono evidenza di copertura assicurativa, non opera qualora l'Assicurato o il Contraente o il danneggiato o il/i soggetto/i eventualmente beneficiario/i della prestazione indennitaria o parte di essa siano oggetto o comunque rientrino nella relativa disciplina delle Sanzioni economico-commerciali disposte dal Regno Unito, dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) o dagli Stati Uniti d'America, quali a titolo esemplificativo e non limitativo le Sanzioni disposte dal Ministero del Tesoro del Regno Unito (U.K. Treasury) o dall'Ufficio per il Controllo dei Beni Stranieri (Office of Foreign Assets Control - "OFAC") del Ministero del Tesoro degli Stati Uniti (U.S. Treasury Department) o descritte nel Regolamento CE 27 Maggio 2002 modificato dal regolamento di esecuzione (UE) 4 Novembre 2013, N. 1091/2013;
- t. I sinistri che siano denunciati agli Assicuratori in data successiva a quella di scadenza del Periodo di Assicurazione, salvo la tolleranza di 30 (trenta) giorni.

Articolo 25) ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE

Se durante il Periodo di Assicurazione in corso l'attività professionale dell'Assicurato viene a cessare per qualsiasi causa, l'attività professionale già svolta dall'Assicurato resta coperta alle condizioni di assicurazione operanti in quel momento, fino alla data di scadenza di tale periodo.

Nel caso di cessazione definitiva dell'attività professionale per qualsiasi causa, con le medesime modalità di sottoscrizione della presente Polizza e **previo il pagamento del sovra-premio nella misura del 300% del premio annuale previsto per la categoria di appartenenza**, è riservata all'Assicurato la facoltà di acquistare la copertura assicurativa per ulteriori 10 (dieci) anni per eventuale azioni nei propri confronti riferite a fatti colposi verificatisi durante il periodo di validità della presente Polizza, compreso il periodo di Retroattività di cui all'Art. 16.

Nel caso di cessazione dell'attività professionale per morte dell'Assicurato è data facoltà agli eredi di acquistare alle stesse condizioni riservate all'Assicurato la garanzia ultrattiva decennale in nome e per conto dell'Assicurato stesso. La garanzia ultrattiva decennale, in caso di morte dell'Assicurato coprirà eventuali azioni promosse nei confronti degli eredi legittimi e testamentari, e non è assoggettabile alla clausola di disdetta.

Valgono le modalità previste dall'Art. 16 - Forma dell'Assicurazione ("Claims Made") - Retroattività.

Articolo 26) OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

Con riferimento alle definizioni di polizza "Richiesta di Risarcimento" e "Sinistro" contenute nel Glossario, **è fatto obbligo all'Assicurato denunciare, entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza, qualsiasi comunicazione ricevuta in forma certa, nonché:**

- (1) Qualsiasi comportamento colposo posto in essere notificato in forma certa;**

(2) Qualsiasi comunicazione ricevuta dalla quale possa derivare un sinistro risarcibile da questa assicurazione.

La richiesta formale da parte dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza di relazione tecnico-sanitaria non costituisce obbligo di denuncia.

L'Assicurato deve far denuncia scritta agli Assicuratori di ciascun sinistro entro 30 (trenta) giorni da quando ne è venuto a conoscenza. La denuncia deve essere trasmessa all'Intermediario indicato nella Scheda di Polizza.

L'intermediario indicato nella Scheda di Polizza provvederà all'immediata trasmissione della denuncia ricevuta a **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia.**

La denuncia deve contenere la data e la narrazione del fatto, l'indicazione delle cause e delle conseguenze, il nome e il domicilio dei danneggiati, e ogni altra notizia utile per gli Assicuratori.

Alla denuncia devono far seguito con urgenza i documenti e gli eventuali atti giudiziari relativi al sinistro, oltre ad una relazione confidenziale sui fatti.

Si richiama il secondo comma dell'Articolo 5, in caso di coesistenza di altre assicurazioni.

Senza il previo consenso scritto degli Assicuratori, **L'Assicurato non deve ammettere proprie responsabilità, definire o liquidare danni, procedere a transazioni o compromessi, o sostenere spese al riguardo.**

DISPOSIZIONI SEZIONE a) TUTELA LEGALE

– NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE

In relazione alla normativa introdotta dal Decreto legislativo n. 209 del 7 Settembre 2005 - Titolo XI, Capo II, Artt. 163 e 164, la Compagnia ha scelto di affidare la gestione dei sinistri di Tutela Legale a D.A.S. Difesa Automobilistica Sinistri S.p.A., con sede in via Enrico Fermi 9/B – Verona – PEC dasdifesalegale@pec.das.it, Numero da chiamare **800.84.90.90**- Mail: sinistri@das.it, in seguito per brevità denominata DAS.

Tutte le denunce, i documenti e ogni altra comunicazione sui Sinistri devono essere inviati alla Compagnia.

Articolo 27) QUALI SOGGETTI COPRE L'ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE

La garanzia opera a favore dell'Assicurato definito secondo quanto indicato nel Glossario.

Articolo 28) OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE

La Compagnia assicura il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale per tutelare i diritti dell'Assicurato nell'ambito della attività dichiarata in Polizza.

La garanzia è valida nei limiti del Massimale indicato in Polizza e alle seguenti condizioni, quando l'Assicurato:

- deve difendersi per Responsabilità amministrativa, contabile e giudizio di conto per danno erariale in procedimenti instaurati avanti la Corte dei Conti.

La garanzia interviene solo ed esclusivamente in caso di condanna per colpa grave dell'Assicurato con provvedimento definitivo non più impugnabile.

La Società garantisce nel limite di euro 3.000,00, compresi nel massimale, anche gli onorari per la presentazione delle memorie difensive a seguito della ricezione di un invito a dedurre.

Nel caso in cui le spese legali siano liquidate in sentenza, viene rimborsato esclusivamente l'importo indicato nella stessa.

Articolo 29) CONSULENZA LEGALE TELEFONICA

È disponibile un servizio di Consulenza legale telefonica, tramite il **numero verde 800.84.90.90 (Da lunedì a venerdì, dalle 8:00 alle 18:00)**, nell'ambito della materia prevista nella presente sezione.

L'Assicurato può telefonare per ottenere:

- consulenza legale telefonica, per affrontare in modo corretto una controversia legale;
- chiarimenti su leggi, decreti e normativa vigenti;

La consulenza legale telefonica non prevede il rimborso o il pagamento delle spese per l'assistenza legale dell'Assicurato per la risoluzione amichevole della controversia o per il procedimento in qualunque grado di giudizio.



La Compagnia e DAS:

- **non sono responsabili dell'operato dei consulenti legali;**
- **non potranno essere ritenute responsabili per l'utilizzo della consulenza erogata in eventuali controversie intraprese dall'Assicurato;**
- **non potranno essere chiamate a tenere indenne l'Assicurato da eventuali spese o rimborsi dovuti a qualunque titolo in conseguenza di tali controversie, essendo queste proposte in nome e per conto proprio dallo stesso Assicurato.**

Articolo 30) ESTENSIONE ULTRATTIVA DELL'ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE

In estensione viene prevista, in caso di pensionamento o morte dell'Assicurato o di cessazione da parte dello stesso dell'Attività presso il SSN per qualsiasi motivo, tranne il licenziamento per giusta causa, la proroga dell'Assicurazione di Tutela legale.

L'estensione ha attinenza alle richieste di attivazione delle garanzie della sezione di Tutela legale che riguardano esclusivamente vertenze avanti la Corte dei Conti pervenute all'Assicurato o ai suoi eredi nei **10 (dieci) anni successivi** alla data di cessazione dell'attività e riferite a presunte inadempienze avvenute nel periodo di operatività della copertura (incluso il **Periodo di Retroattività** della copertura stessa).

L'attivazione di questa copertura comporta il **pagamento di un sovra-premio pari al 300% del premio corrisposto per l'ultima annualità.**

Restano fermi gli obblighi stabiliti dalle norme che regolano l'Assicurazione in ordine ai termini ed alle modalità della denuncia dei sinistri.

Per i sinistri denunciati durante tale periodo di garanzia postuma, il limite d'indennizzo in aggregato, indipendentemente dal numero dei sinistri stessi, non potrà superare il massimale di polizza.

Articolo 31) QUALI SPESE RIMBORSA DAS

Con riguardo ai rischi previsti, DAS paga o rimborsa queste spese:

- ☒ onorari di un legale incaricato della difesa;
- ☒ onorari di un legale domiciliatario, se l'Assicurato sceglie un legale non residente presso il circondario del tribunale competente a decidere la controversia, **fino a 3.000 euro per Sinistro;**
- ☒ onorari per l'intervento di un consulente tecnico di parte;
- ☒ onorari per l'intervento di un consulente tecnico d'ufficio;
- ☒ spese di giustizia nel Procedimento avanti la Corte dei Conti cui sia condannato l'Assicurato;

Articolo 32) IN QUALI PAESI VALE L'ASSICURAZIONE DI TUTELA LEGALE

Tipologia di Sinistro	Paesi in cui è accaduto l'evento e in cui il Sinistro è processualmente trattato ed eseguito
Procedimento per danno erariale avanti alla Corte dei Conti	In Italia, secondo le normative italiane
Consulenza legale telefonica	In Italia, secondo le normative italiane

Articolo 33) QUANDO COMINCIA LA COPERTURA ASSICURATIVA DI TUTELA LEGALE E QUANDO UN SINISTRO DI TUTELA LEGALE E' IN GARANZIA - Retroattività

L'assicurazione vale per le controversie avanti la Corte dei Conti promosse per la prima volta contro l'Assicurato nel corso del periodo di efficacia dell'assicurazione a condizione che tali vertenze siano conseguenti a presunte inadempienze o violazioni di norme di legge che avrebbero determinato il danno erariale poste in essere per la prima volta dall'Assicurato **non oltre i 10 (DIECI) anni prima della data di effetto dell'assicurazione.**

Per individuare il momento in cui una vertenza è stata promossa nei confronti dell'Assicurato occorre fare riferimento alla notifica dell'invito a dedurre o della messa in mora e solo in caso di mancata notifica di tali atti da quella dell'atto in citazione in giudizio.

L'assicurazione vale purché tali inadempienze non siano note all'Assicurato stesso prima della stipula della Polizza. La garanzia è prestata sulla base delle dichiarazioni rese dall'assicurato, ai sensi degli articoli 1892, 1893 del Codice Civile, di non essere a conoscenza di atti o fatti che possono comportare l'insorgere delle vertenze di cui al presente capoverso.

Articolo 34) ESCLUSIONI

Che cosa non è assicurato?

Danni, eventi e circostanze che non sono coperti dalla garanzia Tutela Legale.

Sono escluse dalla garanzia le vertenze legali riguardanti:

- ⊗ **danni subiti in conseguenza di disastro ecologico, atomico, radioattivo;**
- ⊗ **fatti conseguenti a eventi bellici, atti di terrorismo, tumulti popolari, scioperi e serrate;**
- ⊗ **attività connesse al settore nucleare, a danni nucleari o genetici causati dall'Assicurato, ad eccezione dei sinistri conseguenti a trattamenti medici;**
- ⊗ **fatti conseguenti ad eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;**
- ⊗ **fatti non accidentali che abbiano causato inquinamento dell'ambiente;**
- ⊗ **attività di trattamento o smaltimento dei rifiuti;**
- ⊗ **responsabilità degli Assicurati derivanti da sostanze tossiche di qualsiasi tipo, ivi compresi amianto o asbesto.**
- ⊗ **la materia fiscale, tributaria e amministrativa, salvo quanto espressamente previsto nelle singole garanzie;**
- ⊗ **la materia civile;**
- ⊗ **i procedimenti monitori e le procedure esecutive derivanti da qualsivoglia titolo;**
- ⊗ **la materia penale;**
- ⊗ **la radiazione o sospensione dall'Albo;**
- ⊗ **eventi che derivano da fatto doloso dell'Assicurato;**

Mod. 460 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025 - Pag. 23 di 26

- ⊗ l'esercizio abusivo della professione medica o di operatore sanitario;
- ⊗ le sanzioni disciplinari emesse dall'Ordine dei Medici o procedimenti dal medesimo promossi;
- ⊗ qualsiasi tipologia di controversia o procedimento contro la Società.

Spese che DAS non paga o non rimborsa con la garanzia Tutela Legale

DAS non paga o non rimborsa:

- ⊗ spese, anche preventivate, non concordate con DAS, secondo quanto indicato ai punti *Cosa l'Assicurato deve fare per avere diritto alle prestazioni assicurative*;
- ⊗ spese per la gestione di una controversia prima dell'azione in giudizio, per incarichi conferiti dall'Assicurato a professionisti non autorizzati da DAS;
- ⊗ spese del legale e del consulente di parte per attività che non sono state effettivamente svolte e dettagliate in parcella e spese che eccedono i valori dei parametri forensi in materia di compensi degli avvocati stabiliti dal Decreto Ministeriale n. 147/2022 e successive modifiche e integrazioni; in caso di conteggio dei compensi tramite tariffa oraria, per il rimborso vengono presi in considerazione i valori medi dei parametri forensi corrispondenti alle attività effettivamente svolte;
- ⊗ spese di viaggio e di soggiorno dovute all'avvocato che deve trasferirsi fuori dal proprio domicilio professionale per svolgere l'incarico;
- ⊗ onorari per ulteriori legali nell'ambito dello stesso grado di giudizio. Se per gestire la causa è necessario incaricare un avvocato domiciliatario, DAS paga fino ad un massimo di 3000 euro ed esclude le duplicazioni di onorario;
- ⊗ pagamento di multe, ammende e sanzioni in genere;
- ⊗ oneri fiscali, ad eccezione dell'IVA che l'Assicurato non può detrarre esposta nelle fatture dei professionisti incaricati;
- ⊗ spese dovute da altri soggetti debitori poste a carico dell'assicurato secondo il principio di solidarietà (art. 1292 c.c.);
- ⊗ spese del nuovo legale per attività già svolte dal primo, se nel corso dello stesso grado di giudizio l'Assicurato decide di revocare l'incarico professionale a un legale e di incaricare un altro. Ciò non vale se è il legale a rinunciare all'incarico.

Articolo 35) OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO DI TUTELA LEGALE – GESTIONE DEI SINISTRI DI TUTELA LEGALE

Come si denuncia il Sinistro di tutela legale

L'Assicurato deve segnalare, nei termini previsti dall'art. 17 della Sezione di RC, l'accaduto **all'Intermediario indicato nella Scheda di Polizza**.

L'intermediario indicato nella Scheda di Polizza provvederà all'immediata trasmissione della denuncia ricevuta a **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**.

Per richiedere la **consulenza legale telefonica**, l'Assicurato deve chiamare DAS al **numero verde 800.84.90.90 (Da lunedì a venerdì, dalle 8:00 alle 18:00)** e fornire il numero di Polizza e un recapito telefonico.

La Compagnia raccoglie la denuncia di sinistro e la trasmette a DAS che riceve la denuncia e indica i documenti necessari per attivare la garanzia di tutela legale in funzione della tipologia di evento accaduto e fornisce il numero identificativo della pratica.

DAS gestisce un unico Sinistro se:

- le controversie sono promosse da o contro una o più persone e riguardano domande identiche o connesse;
- i procedimenti, anche di natura diversa, sono dovuti allo stesso evento o fatto che ha coinvolto uno o più Assicurati;
- l'evento che dà diritto alle prestazioni assicurative si protrae attraverso più violazioni successive dello stesso tipo.

Cosa l'Assicurato deve fare per avere diritto alle prestazioni assicurative:

Per avere diritto alle prestazioni l'Assicurato deve:

- dare regolare mandato al legale fornendogli tutte le informazioni e la documentazione per tutelare al meglio i propri interessi
- inviare appena possibile a DAS copia di ogni ulteriore atto o documento ricevuto dopo la denuncia di Sinistro e ogni informazione utile alla gestione del suo caso
- aggiornare appena possibile DAS su ogni fatto importante che può riguardare l'erogazione della prestazione
- avvisare DAS e ottenere conferma a procedere prima di incaricare un legale o un perito
- ottenere conferma a procedere da parte di DAS prima di sottoscrivere un accordo economico o un preventivo di spesa del legale o del perito incaricato
- DAS non sostiene né rimborsa spese del legale per attività che non sono state effettivamente svolte e dettagliate in parcella e spese che eccedono i valori dei parametri forensi in materia di compensi degli avvocati stabiliti dal Decreto Ministeriale n. 147/2022 e successive modifiche e integrazioni; in caso di conteggio dei compensi tramite tariffa oraria, per il rimborso vengono presi in considerazione i valori medi dei parametri forensi corrispondenti alle attività effettivamente svolte.

Quali responsabilità non hanno né la Compagnia né DAS

La Compagnia e DAS non sono responsabili di:

- operato di legali e periti;
- eventuali ritardi nel fornire le prestazioni, perché mancava la documentazione necessaria a supporto delle richieste dell'Assicurato.

Quando si ricorre all'Arbitrato per un sinistro di tutela legale

Se c'è conflitto di interessi o disaccordo tra l'Assicurato e DAS sulla gestione delle prestazioni, sia l'Assicurato sia DAS possono chiedere di affidare la questione a un arbitro nominato di comune accordo. Se non si accordano sulla nomina, l'arbitro viene nominato dal Presidente del Tribunale competente.

L'Assicurato e DAS contribuiscono ciascuno alla metà delle spese arbitrali, **a meno che si accordino diversamente**.

L'arbitro decide secondo equità. Se la sua decisione è sfavorevole all'Assicurato, questi potrà procedere per proprio conto e rischio. Se dalla sua azione l'Assicurato ottiene un risultato più favorevole di quello prospettato o acquisito da DAS, in linea di fatto o di diritto, può richiedere a DAS il rimborso delle spese sostenute e non rimborsate dalla controparte, **fino al Massimale indicato in Polizza**.

Se l'Assicurato intende rivolgersi al giudice, l'azione civile potrà essere preceduta dal tentativo di mediazione (D.Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010).

Tempi di pagamento dell'Indennizzo oggetto della garanzia di tutela legale

La Compagnia riceve la documentazione, verifica la validità della garanzia, valuta le spese sostenute dall'Assicurato e quindi definisce l'importo dell'Indennizzo.

Entro 30 giorni dalla definizione dell'importo:

- paga l'Indennizzo all'Assicurato oppure
- gli comunica i motivi per cui l'Indennizzo non può essere pagato.

La presente **Polizza** viene emessa in tre esemplari, di 26 (ventisei) pagine ciascuno, ad un solo effetto.

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il **Contraente** dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- (A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti nel presente **“Mod. 460 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. “PLUS” - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025”** e versioni modificate successive, con effetto dalla data di introduzione delle stesse, predisposto dalla Società di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, e della relativa Scheda di Polizza;
- (B) Formulazione temporale dell'Assicurazione “Claims Made”;
- (C) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Mod. 460 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. “PLUS” - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025 - Pag. 25 di 26

Il Contraente dichiara inoltre di aver ricevuto e di aver preso puntuale visione in ogni sua parte della **Polizza Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, in particolare del “**Mod. 160 25 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. “PLUS” - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025**”, delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al “**Mod. 460 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. “PLUS” - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025**”, e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 C.C. il Contraente dichiara di accettare specificatamente i contenuti degli Artt.:

Articolo 4	Rinnovo o proroga dell'assicurazione - Rescindibilità annuale
Articolo 5	Coesistenza di altre assicurazioni (Art. 1910 C.C.)
Articolo 8	Forma dell'assicurazione (“Claims Made”) – Retroattività
Articolo 9	Clausola Broker
Articolo 13	Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 15	Modifica delle Condizioni Contrattuali
Articolo 24	Esclusioni (in particolare quelle relative all'assicurazione “Claims Made” - Art. 24.1)
Articolo 34	Esclusioni
Articolo 35	Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro di Tutela Legale

MODULO DI PROPOSTA

ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA E PER LA CONDANNA IN
SOLIDO
DEL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Il / la sottoscritto / a nato / a il, residente in
....., via / piazza N°, codice fiscale
....., indirizzo E-mail personale¹ in qualità di
..... presso l'Azienda

1: Da utilizzare per accedere all'Area Riservata

RICHIEDE DI ATTIVARE LA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE "COLPA GRAVE MEDICA"
con decorrenza dal al

RICHIEDE DI ATTIVARE LA COPERTURA DELLA CONDANNA IN SOLIDO
con decorrenza dal al

RICHIEDE DI ATTIVARE LA COPERTURA ACCESSORIA DELLA TUTELA LEGALE
con decorrenza dal al

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- (1) Le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'Assicurazione sono quelle riportate nelle Condizioni di Assicurazione "Mod. 460 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025" presenti all'interno del Set Informativo "Mod. 160 25 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025" che il sottoscritto ha ricevuto in copia prima e/o contestualmente la compilazione del presente Modulo di Proposta;
- (2) La Polizza verrà stipulata con la Compagnia di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**;
- (3) L'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'Articolo 1 della Polizza, secondo la formulazione denominata "Claims Made". La garanzia vale per i Sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Assicurazione indicato in Polizza;
- (4) Le Richieste di Risarcimento, come definite dalla presente Polizza, e come meglio specificato all'Art. 9.1.b, avanzate nei confronti dell'Assicurato prima della data di inizio del Periodo di Assicurazione in corso, anche se già denunciate a precedenti Assicuratori, configurano fatti e circostanze note non coperte dalla presente Polizza;
- (5) Condizione imprescindibile per l'assumibilità del rischio da parte della Compagnia è che l'Assicurato prima della stipula della presente Polizza non abbia avuto a Suo carico sentenze di condanna di Colpa Grave.

Data

FIRMA

QUALIFICA:

- ☐ Dirigente Medico e Veterinario
☐ Medico Convenzionato e/o Contrattista
☐ Dirigente Sanitario Non Medico
☐ Dirigente Non Medico, Altre Specializzazioni
☐ Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario e Sociale
☐ Medico Specialista in Formazione
☐ Componente del Comitato Etico
☐ Quadro Sanitario / Altro Personale Sanitario / Dirigente Infermieristico

- ☐ Restante Personale Non Sanitario
☐ Tirocinante

RETROATTIVITÀ:

- ☐ Dalle ore 24:00 del __/__/____ (Opzione Base) ☐ ILLIMITATA, sovra-premio 10% del premio annuale di tariffa applicabile

GARANZIE:

- ☐ Sezione I – Responsabilità Civile per Colpa Grave Medica ☐ Sezione II – Condanna in Solido con l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di Appartenenza

GARANZIA ACCESSORIA:

- ☐ Sezione a) – Tutela Legale

MASSIMALE:

SEZIONE I COLPA GRAVE

- ☐ € 1.500.000,00 ☐ € 3.000.000,00 ☐ € 5.000.000,00

SEZIONE II CONDANNA IN SOLIDO

€ ☐ 2.000.000,00

SEZIONE a) TUTELA LEGALE

€ ☐ 10.000,00 per sinistro; illimitato per anno

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO, DA RENDERE SOLO IN FASE DI PRIMA ATTIVAZIONE:

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile, l'Assicurato dichiara che:

1. Alla domanda: "Ha riportato, prima della stipulazione della presente polizza negli ultimi 5 (cinque) anni una condanna, in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento di danni relativamente all'attività oggetto della presente assicurazione?" Ho risposto:

- ☐ NO ☐ SI

- ☐ SI, 1 condanna In sede: ☐ Civile ☐ Penale per lesioni ☐ Penale per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €
Data della Sentenza:

- ☐ SI, 2 condanne In sede: ☐ Civile ☐ Penale per lesioni ☐ Penale per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €
Data delle Sentenze:

- ☐ SI, 3 condanne In sede: ☐ Civile ☐ Penale per lesioni ☐ Penale per omicidio colposo

Importo del risarcimento: €
Data delle Sentenze:

2. Note sui Sinistri:

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- (A) Ricevimento e consultazione del Set Informativo “Mod. 160 25 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. “PLUS” - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025” prima della sottoscrizione del presente Modulo di Proposta;
- (B) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalle Condizioni di Assicurazione “Mod. 460 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. “PLUS” - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025”;
- (C) Formulazione temporale dell’assicurazione “Claims Made”;
- (D) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Data

FIRMA

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 510 23 Informativa Privacy - Ed. 01.05.2023** “Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalit  Assicurative e Liquidative” e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell’Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l’Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. “catena assicurativa”.

Il **Contraente / Assicurato** ha il diritto di richiedere alla Compagnia le credenziali per l’accesso all’Area Riservata.

Data

FIRMA

SCHEDA DI POLIZZA

POLIZZA N° [NumeroDiPolizza]

ASSICURAZIONE PER LA RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA (SEZIONE I) E PER LA CONDANNA IN SOLIDO (SEZIONE II) DEL PERSONALE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

L'ASSICURATO

COGNOME / NOME [COGNOME CLIENTE] [NOME CLIENTE]		N. TELEFONO [NUM TEL CLIENTE]	
DOMICILIO / SEDE LEGALE VIA, N. CIVICO [INDIRIZZO RESIDENZA], [COMUNE RESIDENZA], [CAP RESIDENZA]		LOCALITÀ - COMUNE [COMUNE NASCITA]	PROV. [PROVINCIA NASCITA]
CODICE FISCALE [CODICE FISCALE CLIENTE]	PARTITA IVA [PIVA CLIENTE]	DATA DI NASCITA [DATA NASCITA CLIENTE]	C.A.P. [CAP NASCITA]
IN QUALITÀ DI [PROFESSIONE MEDICA]			
ENTE DI APPARTENENZA [RAGIONE SOCIALE AZIENDA PRESSO CUI LAVORA IL MEDICO]			

PERIODO DI ASSICURAZIONE

DATA DI DECORRENZA ore 24:00 del giorno [Data decorrenza polizza]	DATA DI SCADENZA ore 24:00 del giorno [Data fine copertura]	TACITO RINNOVO (SI/NO) SI
---	--	------------------------------

DICHIARA

di aver ricevuto copia della presente Polizza e di essere a conoscenza, aver preso visione delle condizioni contrattuali, normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza stessa stipulata con la Compagnia di Assicurazione **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia**, che il sottoscritto ha ricevuto in copia prima della stipula;

GARANZIE

[X] SEZIONE I - RESPONSABILITÀ CIVILE PER COLPA GRAVE MEDICA

Oggetto dell'Assicurazione

Verso pagamento del Premio, e alle condizioni tutte di questa Polizza, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 3 e come di seguito riportato, prestano l'assicurazione nella forma "Claims Made" enunciata all'Articolo 1, e si obbligano a tenere indenne l'Assicurato per le azioni di rivalsa a seguito di sentenza di condanna per Colpa Grave emessa dalla Corte dei Conti e passata in giudicato ovvero di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni causati a terzi inclusi i pazienti in tutti i casi in cui le Richieste di Risarcimento, come definite nel Glossario della Polizza, generino una sentenza di condanna al risarcimento per Colpa Grave a titolo di responsabilità erariale avanti la Corte dei Conti.

L'Assicurazione si intende estesa anche in occasioni di interventi eseguiti per dovere di solidarietà od emergenza sanitaria anche al di fuori dell'attività retribuita, in tale ipotesi la copertura si intende estesa ai danni cagionati con un sottolimito per sinistro di € 1.000.000 (un milione).

Resta ferma l'esclusione dalla presente copertura dei danni che siano riconducibili ad obbligazioni contrattuali direttamente assunte con il paziente dall'esercente la professione sanitaria.

[X] Massimale - SEZIONE I:

MASSIMALE PER SINISTRO E/O SINISTRO IN SERIE € [Massimale]	MASSIMALE PER PERIODO DI ASSICURAZIONE € [Massimale]
---	---

SEZIONE II - CONDANNA IN SOLIDO CON L'AZIENDA SANITARIA E/O SOCIO SANITARIA DI APPARTENENZA

Oggetto dell'Assicurazione

Verso pagamento del Premio, gli Assicuratori, fino a concorrenza del Massimale quale definito all'Articolo 3 e come di seguito riportato indennizzano le somme che l'Assicurato   tenuto a pagare in conseguenza di procedimenti esecutivi (decreto ingiuntivo, precetto, pignoramento, espropriazione) subiti direttamente dall'Assicurato in seguito ad una decisione giudiziaria (condanna, ordine, ingiunzione) con la quale l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e lo stesso Assicurato siano stati condannati o ingiunti, in solido tra loro, al pagamento di somme a terzi soggetti. Il Sinistro si verifica, ed   indennizzabile a termini della presente polizza, solo qualora l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o la Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza non abbiano provveduto al pagamento di quanto dovuto, e che il procedimento esecutivo sia stato avviato anche nei confronti dell'Assicurato obbligato in solido.

L'Assicurato attivando la presente garanzia dichiara di cedere agli Assicuratori tutti i propri diritti ed azioni nei confronti dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza e/o della Compagnia di Assicurazioni dell'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza per il recupero delle somme versate per suo conto in forza della Legge, che pone a suo carico solamente la rivalsa per i casi di Colpa Grave ed impegna l'Azienda Sanitaria e/o Socio Sanitaria di appartenenza a coprire la responsabilit  per colpa lieve dell'Assicurato con polizza di assicurazione e/o fondi all'uopo predisposti.

Restano ferme le esclusioni di cui all'Art. 9 di Polizza.

Resta altres  esclusa dalla presente garanzia qualsiasi domanda di intervento degli Assicuratori a seguito di richieste di terzi prima che si siano verificati i presupposti previsti dalla presente estensione di garanzia.

Massimale - SEZIONE II:

MASSIMALE PER SINISTRO E/O SINISTRO IN SERIE € [Massimale]	MASSIMALE PER PERIODO DI ASSICURAZIONE € [Massimale]
---	---

**Esclusioni valide per entrambe le Sezioni:
Vedi Art. 9 delle Condizioni di Assicurazione**

[X] SI [] NO CLAUSOLA BROKER - Broker incaricato: Collaboratore BH

PREMIO LORDO CORRISPOSTO SEZIONE I (comprensivo delle Imposte di Legge pari al 22,25%) € [Premio]	FRAZIONAMENTO UNICA SOLUZIONE
PREMIO LORDO CORRISPOSTO SEZIONE II (comprensivo delle Imposte di Legge pari al 22,25%) € [Premio]	FRAZIONAMENTO UNICA SOLUZIONE

[X] **SEZIONE a) – TUTELA LEGALE**

Oggetto dell'Assicurazione

La Compagnia assicura il rischio dell'assistenza stragiudiziale e giudiziale per tutelare i diritti dell'Assicurato nell'ambito della attività dichiarata in Polizza.

La garanzia ACCESSORIA DI TUTELA LEGALE è valida nei limiti del Massimale indicato in Polizza e alle seguenti condizioni, quando l'Assicurato:

- deve difendersi per Responsabilità amministrativa, contabile e giudizio di conto per danno erariale in procedimenti instaurati avanti la Corte dei conti

La garanzia interviene solo ed esclusivamente in caso di condanna per colpa grave dell'Assicurato con provvedimento definitivo non più impugnabile

La Società garantisce nel limite di euro 3.000,00, compresi nel massimale, anche gli onorari per la presentazione delle memorie difensive a seguito della ricezione di un invito a dedurre.

Nel caso in cui le spese legali siano liquidate in sentenza, viene rimborsato esclusivamente l'importo indicato nella stessa.

Massimale - SEZIONE a):

MASSIMALE PER SINISTRO E/O SINISTRO IN SERIE	MASSIMALE PER PERIODO DI ASSICURAZIONE
€ [Massimale]	€ [Massimale]

PREMIO LORDO CORRISPOSTO SEZIONE a) (comprensivo delle Imposte di Legge pari al 21,25%)	FRAZIONAMENTO
€ [Premio]	UNICA SOLUZIONE

Retroattività:

[X] Dalle ore 24:00 del [Inizio Retroattività] (Opzione Base) [] ILLIMITATA

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, ciascuna delle parti dichiara qui di seguito:

(a) di aver preso nota che questo è un contratto di assicurazione nella forma "Claims Made" (Richieste di Risarcimento presentate), a copertura delle Richieste di Risarcimento:

- (i) presentate per la prima volta all'Assicurato, e
- (ii) debitamente denunciate dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Validità della Polizza.

(b) di aver letto e di aver specificatamente approvato quanto previsto dalla Polizza.

L'Assicurato dichiara quindi di aver ricevuto prima della stipula della copertura assicurativa, e di aver preso puntuale visione in ogni sua parte, della Polizza Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia, del Set Informativo "Mod. 160 25 Set Informativo RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025", delle relative Condizioni di Assicurazione di cui al "Mod. 460 25 Condizioni di Assicurazione RCG COLPA GRAVE MEDICA E CONDANNA IN SOLIDO - S.S.N. "PLUS" - Polizza Individuale - Ed. 21.02.2025" e di avere integralmente recepito e compreso i termini vincolanti della stessa.

Luogo, data
Milano, [Data Odierna]

L'ASSICURATO

LA COMPAGNIA



A conferma di quanto sopra e ad ogni effetto di legge di cui agli artt. 1341 e 1342 C.C. l'Assicurato dichiara di approvare specificatamente, e sottoscrive per specifica approvazione, le disposizioni contenute nei sotto richiamati articoli delle Condizioni di Assicurazione:

Articolo 4	Rinnovo o proroga dell'assicurazione - Rescindibilità annuale
Articolo 5	Coesistenza di altre assicurazioni (Art. 1910 C.C.)
Articolo 8	Forma dell'assicurazione ("Claims Made") – Retroattività
Articolo 9	Clausola Broker
Articolo 13	Dichiarazioni dell'Assicurato
Articolo 15	Modifica delle Condizioni Contrattuali
Articolo 24	Esclusioni (in particolare quelle relative all'assicurazione "Claims Made" - Art. 24.1)
Articolo 34	Esclusioni
Articolo 35	Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro di Tutela Legale

La presente Scheda di Polizza viene emessa in tre esemplari, di 4 (quattro) pagine ciascuno, ad un solo effetto.

Luogo, data
Milano, [Data Odierna]

L'ASSICURATO

CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il Sottoscritto dichiara di avere ricevuto copia e preso visione del documento **Mod. 510 23 Informativa Privacy - Ed. 01.05.2023** "Informativa Privacy per il Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari, per Finalità Assicurative e Liquidative" e quindi di avere preso atto ad ogni effetto dell'Informativa che **Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy, pertanto **autorizza il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari**, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

Il **Contraente / Assicurato** ha il diritto di richiedere alla Compagnia le credenziali per l'accesso all'Area Riservata.

Luogo, data
Milano, [Data Odierna]

L'ASSICURATO

INFORMATIVA PRIVACY PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E PARTICOLARI, PER FINALITÀ ASSICURATIVE E LIQUIDATIVE

*ai sensi del General Data Protection Regulation ("GDPR") EU 2016/679 e del D. Lgs. 196/2003,
come novellato dal D. Lgs 101/2018 ("Codice Privacy")
Mod. 510 23 Informativa Privacy - Ed. 01.05.2023*

Ai sensi del General Data Protection Regulation ("GDPR") EU 2016/679 (di seguito anche "GDPR") ed in relazione ai dati personali, anche di natura particolare, richiesti o acquisiti da Lei direttamente o da altri soggetti che formeranno oggetto di trattamento da parte del Titolare del trattamento - **Berkshire Hathaway International Insurance Limited**, Rappresentanza Generale per l'Italia (in seguito definita "**BHItalia**®"), con sede in Milano (20122), Corso Italia, 13 (di seguito denominata la "Società" o il "Titolare") - Vi informiamo di quanto segue.

1. TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE

I dati personali sono raccolti al fine dell'emissione di polizze assicurative e/o della gestione di reclami e sinistri. Tutti i dati personali vengono trattati da **BHItalia**® nel rispetto della normativa GDPR. Sono riportate di seguito le principali tipologie ed alcuni esempi di dati personali che potranno essere soggetti al trattamento:

- dettagli individuali (nome, indirizzo, dati anagrafici o informazioni personali);
- dettagli identificativi (codice fiscale, passaporto, carta di identità);
- informazioni finanziarie (numero di conto corrente o altre informazioni finanziarie);
- informazioni personali utili alla valutazione dei rischi;
- informazioni di polizza;
- informazioni in materia creditizia e antifrode;
- storico sinistri;
- altri dati particolari (salute, etnia, orientamento politico o religioso, dati biometrici).

Il trattamento è finalizzato:

- all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da Organi di vigilanza e controllo;
- alla istruzione ed alla liquidazione dei sinistri;
- alla prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali;
- alla costituzione, all'esercizio o alla difesa di diritti dell'assicuratore;

Previo Suo espresso e libero consenso, riferito, se del caso, oltre che ai Suoi dati personali comuni, anche ai Suoi dati personali di natura particolare (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute contenuti nella documentazione medica e nelle perizie mediche), La preghiamo di sottoscrivere la relativa formula apposta in calce alla presente Informativa.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

- I. I dati saranno trattati secondo modalità che prevedono l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente connesse alle finalità di cui al punto 1.
- II. I dati personali vengono trattati da persone autorizzate da **BHItalia®** (dipendenti, collaboratori e consulenti interni ed esterni), nominati Responsabili o Autorizzati del trattamento, nell'ambito delle rispettive funzioni ed in conformità alle istruzioni ricevute solamente per le finalità assicurative di cui al punto 1. Lo stesso avviene presso i soggetti indicati nella presente informativa al punto 6. a cui i dati vengono/devono essere comunicati. I dati personali potranno essere comunicati e trasferiti a soggetti aventi la facoltà di accedere ai suddetti dati personali a seguito di disposizioni di Legge e di normativa secondaria, ovvero di disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge. I dati potranno essere trattati anche da società di servizi informatici o telematici o di archiviazione (operanti anche all'estero nell'ambito dell'Unione Europea o in paese terzi rispetto all'Unione Europea) incaricate altresì della manutenzione della rete aziendale e/o delle apparecchiature hardware e/o software in uso, nel rispetto di quanto previsto dalla Legge anche con riguardo alle misure di sicurezza a protezione dei dati.
- III. Qualora decidesse di aderire al Servizio di Firma Elettronica Certificata per la sottoscrizione del contratto la informiamo che la stessa comporta il trattamento di dati personali identificativi del firmatario (per esempio, nome e cognome, numero di telefonia mobile, indirizzo di posta elettronica, etc.).
- La normazione in materia è il regolamento europeo eIDAS che è stato recepito nell'ordinamento italiano nel Codice dell'Amministrazione Digitale (CAD) attraverso il Decreto Legislativo n. 179 (CAS 3.0) del 26 agosto 2016. Questo testo normativo stabilisce che la firma elettronica ha valore legale in Italia.
- Per le finalità legate alla fornitura del Servizio di Firma Elettronica Certificata, il trattamento dei Suoi dati personali è necessario; qualora non volesse conferire i Suoi dati per dette finalità non sarà possibile fornirLe tale servizio. Il Titolare mette in ogni caso a disposizione dell'Interessato modalità alternative di sottoscrizione (ad es. sottoscrizione autografa di documenti cartacei).
- Per le finalità sopra indicate e nei relativi limiti, i Suoi dati possono essere messi a disposizione mediante comunicazione ad altri soggetti qualora questo si renda necessario per la corretta gestione del rapporto in essere con Lei ovvero per adempiere ad un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento.
- I dati personali saranno anche trattati da società esterne autorizzate all'erogazione del servizio di Firma Elettronica Certificata sia in qualità di Titolari del Trattamento per alcune finalità che in qualità di responsabile del trattamento ex art. 28 GDPR per le finalità in capo al Titolare del Trattamento.

3. CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali vengono conservati solo per il tempo necessario a perseguire la finalità per cui sono stati raccolti. In particolare, i dati personali sono conservati fino a quando c'è la possibilità che **BHItalia®** o gli interessati possano far valere un diritto previsto dalla polizza assicurativa, oppure laddove fosse imposto da disposizioni normative o da un'Autorità di Controllo.

4. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei Suoi dati personali (identificativi e/o particolari) è obbligatorio per l'adempimento di obblighi previsti dalla Legge, da regolamenti o dalla normativa comunitaria ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge o da Organi di Vigilanza, e necessario ai fini dello svolgimento delle finalità assicurative di cui al punto 1.

5. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

Mod. 510 23 Informativa Privacy - Ed. 01.05.2023

pagina 2 di 4

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali può comportare l'impossibilità, in tutto o in parte, di istruire e di liquidare il sinistro o di eseguire una delle altre finalità assicurative indicate al punto 1.

6. COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI

Nei limiti strettamente pertinenti agli obblighi ed alle finalità indicate al punto 1, i Suoi dati personali potranno essere comunicati alla Sede Legale della Società (8 Fenchurch Place, EC3M 4AJ London, United Kingdom) ove necessario per finalità correlate a quelle del Titolare, a banche ed istituti di credito, e potranno o dovranno, a seconda dei casi, essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo o di natura pubblica operanti in Italia o all'estero come autonomi titolari costituenti la c.d. "catena assicurativa".

I dati personali potranno essere condivisi al di fuori dal territorio nazionale, anche in Paesi situati al di fuori dello Spazio Economico Europeo (SEE), dove le leggi sulla privacy potrebbero differire da quelle vigenti in Europa. In tal caso, il trattamento dei dati personali avverrà sempre nel rispetto della protezione e tutela dei diritti dell'interessato previsti dalla normativa GDPR.

Il Titolare assicura che il trasferimento dei dati extra-UE viene realizzato in conformità alle disposizioni di legge applicabili, previa stipula delle clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

A titolo esemplificativo, ma non esaustivo, si elencano i principali soggetti terzi cui potranno essere comunicati i dati: assicuratori eventualmente coinvolti nelle attività di liquidazione delle stesse pratiche di sinistro, coassicuratori e riassicuratori, intermediari, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione e organismi assicurativi (ANIA ed imprese di assicurazione ad essa associate); Ministero del Lavoro e dello Sviluppo Economico ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni; istituti di credito (limitatamente all'attività di pagamento di indennizzi o risarcimenti); periti, medici legali, avvocati, consulenti in genere; prestatori d'opera o società di servizi coinvolte nella erogazione dei servizi di gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri (ad es. officine, società di assistenza, ospedali o cliniche; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione, società di servizi postali); organismi consortili, associazioni ed enti del settore assicurativo che operano secondo norme di legge nell'ambito della liquidazione dei sinistri, IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, società di servizi informatici, di archiviazione ed altri servizi di natura amministrativa e/o tecnico organizzativa; altre società del Gruppo **Berkshire Hathaway** presenti in paesi dell'Unione Europea ovvero in paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

I dati personali non saranno soggetti a diffusione.

7. DIRITTI DELL'INTERESSATO

La normativa GDPR prevede che l'interessato potrà esercitare i Suoi diritti al fine di:

- accedere ai dati personali, ottenendo informazioni sulla provenienza, sulle finalità e sulle modalità di trattamento dei suddetti;
- ottenere la conferma dell'esistenza di dati personali che lo riguardano;
- ottenere informazioni sulla logica applicata in caso di trattamento effettuato tramite l'ausilio di strumenti elettronici;
- ottenere informazioni relative ai soggetti a cui i dati personali sono stati comunicati;
- aggiornare e rettificare i dati personali;

- revocare il consenso, oppure ottenere la cancellazione dei dati personali, la trasformazione in forma anonima o il blocco degli stessi qualora vi fosse una violazione nel trattamento;
- richiedere la portabilità ad un altro soggetto;
- ottenere il diritto di limitazione del trattamento dei dati personali;
- opporsi al trattamento dei dati personali per legittimi motivi.

In qualsiasi momento, il soggetto interessato può esercitare nei confronti del Titolare e del Responsabile per la Protezione dei dati personali (DPO) i diritti previsti dalla normativa GDPR, inviando un'apposita richiesta per iscritto al seguente indirizzo e-mail:

dpo.bh@bh-italia.com

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento in ambito italiano è **BHItalia®**, con sede in Corso Italia 13, 20122 Milano (MI), Italia (PEC: bh-italia@legalmail.it).

Berkshire Hathaway International Insurance Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Generale



CONSENSO AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Codice Fiscale _____

preso atto dell'Informativa che **BHItalia®** ha fornito ai sensi della normativa GDPR EU 2016/679 e del Codice Privacy **autorizza** il trattamento e la comunicazione dei propri dati personali, comuni e particolari, da parte dei soggetti indicati nella predetta Informativa e nei limiti di cui alla stessa. Il consenso richiesto riguarda anche i trattamenti e le comunicazioni effettuati dai predetti soggetti appartenenti alla c.d. "catena assicurativa".

Data _____ Firma _____